Nr. 33 i 34. 19. sierpnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Franciszek WALTER. Kraków.

Choroby i zgon Króla Stefana Batorego w świetle narady lekarskiej.

Ciąg dalszy.

Fr. Walter.

Uwagi nad chorobowemi zmianami skórnemi.

Wedle opisów współczesnych, król Batory był silnej budowy, wzrostu średniego, cery zdrowej. Jedyny znany portret króla z głową odkrytą znajdujący się w muzeum historji sztuki w Wiedniu, najciekawszy ze wszystkich, przedstawia króla w stroju koronacyjnym. Czaszka króla częściowo łysa w okolicy czołowo-skroniowej, pokryta spadającym na czoło, jakby umyślnie zaczesanym ku przodowi kosmykiem włosów, może w celu zasłonięcia wyłysiałej części przedniej czaszki. Ten typ wyłysienia charakterystyczny jest dla wczesnej łysiny powstającej zazwyczaj na tle łojotoku głowy owłosionej (czoło myśliciela). Być może, że król Batory, pragnąc ukryć swe przedwczesne częściowe wyłysienie pozwalał się portretować tylko w swem charakterystycznem, węgierskiem nakryciu głowy.

Bardzo charakterystycznie, prawie we wszystkich portretach i minjaturach przedstawiony jest wyraz oczu królewskich, patrzących jakby wzrokiem zdziwionym, z opuszczonemi ciężkiemi powiekami. To przysłonięcie oczu, nawpół domkniętemi powiekami, nadające tak majestatyczny i poważny wygląd twarzy króla, oddane po mistrzowsku przez Matejkę w obrazie „Batory pod Pskowem", świadczyćby mogło o długotrwałem przewlekłem cierpieniu nerek.

Na wielu współczesnych i późniejszych miedziorytach i drzeworytach artyści ci stale przedstawiali na prawym policzku królewskim zmianę skórną, w postaci drobnych brodawkowatych wyrośli; były to najprawdopodobniej usiłowania odtworzenia brodawek łojotokowych.

W polemicznych pismach Buccelli i Simoniusa znajdujemy wzmianki, odnoszące się do zachowania się fizjologicznego powłok skórnych króla.

Simonius wspomina, że król w ziemi siedmiogrodzkiej będąc, używał częstych kąpieli ściągających, czem nadał skórze zbytnią ścisłość. Według Buccelli król nie pocił się nigdy, skórę miał ścisłą *(densissimum)* i dlatego „dawał nacierać sobie całe ciało, nie bacząc na porę roku, dwa razy dziennie, zrana po przebudzeniu się i wieczorem po jedzeniu". Nacierano mocno „szmatami ogrzanemi", wywołując zaczerwienienie i obrzęk skóry.

Być może, że przyczyną konieczności takiego pielęgnowania skóry była wrodzona suchość skóry, jako następstwo zaburzeń wrodzonych w procesie rogowacenia naskórka, rodzaj słabo zaznaczonego cierpienia zwanego rybią łuską *(ichthyosis)*. Za tem przypuszczeniem przemawiałby także brak pocenia się i potrzeba nacierania skóry (swędzenie).

W 26 roku życia cierpiał król Batory na ropne zapalenie skóry poza małżowiną uszną prawą, nieograniczające się jedynie do skóry i tkanki podskórnej, ale drążące aż do kości *(Ipse vero circa 26. suae aetatis annum fluxionem post dextram aurem, quae abscessum magnum ad os iuguli usque, peperit, passus est.* Buccella).

Najwięcej jednak zainteresowania z punktu widzenia dermatologa muszą budzić opisy zmian skórnych na obu goleniach. Wspomina o nich dokładniej Buccella, będąc bowiem lekarzem królewskim jeszcze w ziemi siedmiogrodzkiej (wstąpił na służbę królewską 12. VII. 1574), miał sposobność obserwować przez dłuższy czas te zmiany.

W ciągu kilku lat — wspomina Buccella — król będąc w ziemi siedmiogrodzkiej, cierpiał na sączące zapalenie skóry dookoła kostek *(erysipelatosam fluxionem circa malleolos)*, lewego podudzia; w dalszym przebiegu zaczęły się ukazywać owrzodzenia bardzo drobne *(ulcuscula valde parva)*, natomiast głębokie i bolesne. Zmiany te powstawały naprzemian raz na jednej, drugi raz na drugiej goleni. Według Buccelli pierwsze objawy stałego odpływu *(fluxio)* z lewej goleni (najprawdopodobniej obraz wrzodu goleni, za czem przemawia także typowa siedziba) powstać miały po zwichnięciu kolana i po pokąsaniu przez psa w okolicę kostki; wskutek stosowania częstych kąpieli wytworzyło się sączące zapalenie skóry i drobne owrzodzenia.

Te sączące zmiany zapalne wyleczono dość szybko, po zastosowaniu silnych środków ściągających. Ponieważ jednak w kilka miesięcy potem król popadł w chorobę, objawiającą się przejściową utratą mowy, zawrotami i niepewnością chodu, uważano objawy te za następstwo niepotrzebnego wyleczenia owych zmian skórnych; zastosowano obfity upust krwi i odwrócono zepsute soki w miejsce poprzednie. Pod prawem kolanem założono *„cauterium"*, jątrznik, przyżegając skórę rozpalonem żelazem, aby ściągnąć szkodliwe wydzieliny ku dołowi. Zabieg ten wykonano w r. 1575 przed wyjazdem Batorego do Polski. Buccella powtórzył ten zabieg i na drugiej goleni, „aby utworzyć nowy upust *(emissarium)*".

Wydzielina z powierzchni owrzodzenia sztucznie żegadłem zadanego, bywała to obfitsza, to skąpsza, raz łagodniejsza, to znowu ostrzejsza tak dalece, że wywoływała niekiedy zapalenie i czerwoność skóry. Król uczuwał zawsze dreszcze, jakgdyby zwiastuny gorączki, która jednak nigdy nie przychodziła (Buccella). Simonius do poprzedniego opisu Buccelli dodaje, że król zapadł w gorączkę i „utykał niekiedy tak, jakby miał guz w biodrze" *(tumor erysipelatosus in coxa)*. Goleń prawa była stale obrzękła, jakby słoniowaciną dotknięta *(scyrrhosam atque elephantiaco similem)*, skóra jej była twarda, zgrubiała a powierzchnia naskórka łuszcząca się. Buccella nie zgadzał się na rozpoznanie zmian przerostowych skóry, mówiąc: „swoim zwyczajem przesadza Simonius i mówi nieprawdę; król nosząc na prawej nodze jątrznik, miewał czasem grubszą niż lewą, co się każdemu w tych warunkach zdarza".

O zmianach zapalnych na goleni dowiadujemy się również ze wspomnianego sprawozdania Dr. Gosławskiego:

„Król Imc. mając na prawej nodze, poniżej na dwa palce od kolana, speciem serpellatis aż do kostki, w którym bywały ranki niegłębokie, ciekące".

Raczyński tłumaczy *„speciem serpellatis"* przez „rodzaj wyrzutu", co ostatecznie odpowiadałoby w mowie potocznej tym zapalnym, sączącym zmianom skórnym. W przedrukowanem w „Przyjacielu Ludu" sprawozdaniu Gosławskiego, zamiast *„speciem serpellatis"* spotykamy określenie *„specimen heresi Palladis"*, którego jednakże nie umiemy wytłumaczyć. Czyto był błąd przepisującego, czy też odpis sporządzono z innego źródła, tego dziś nie można rozstrzygnąć.

Simonius w pismach swych zaznacza, „że wrzód ten był tak wielki, że w niektórych miejscach wyrównywał, w niektórych przewyższał szerokość piędzi". Wrzód ten, albo raczej cała noga obwiązywana była szeroką opaską, sześć łokci długą. Czterdzieści przeszło funtów brano maści dla opatrunków co rok z nadwornej apteki i spotrzebywano stopięćdziesiąt łokci płótna. Owrzodzenie trwać miało lat 10 a powstało po założeniu jątrznika przez Buccellę.

Płynąca z jątrznika wydzielina, będąc powodem wytwarzania się „owrzodzeń niegłębokich, ciekących", powodowała utratę łaknienia, noce niespokojne, bezsenność, objawy swędzenia skóry „bo po wszystkiem ciele zdawało mu się jakoby go pchły kąsały". Przewlekły przebieg tych rozlanych zmian zapalnych na goleniach i sztucznych lub samoistnych owrzodzeń, trwał szereg lat; zmiany te ulegały częściowemu polepszaniu, a nawet na pewien czas ustępowały, czyto samorzutnie, czy pod wpływem leczenia — poczem występowały spowrotem. Na lewej goleni było owrzodzenie, któremu początek dała rana po ukąszeniu przez psa, owrzodzenie to zabiegami leczniczemi doprowadzono do zabliźnienia. Jętrznik na nodze prawej był miejscem wyjścia długotrwałego owrzodzenia i zmian zapalnych otoczenia. Zmiany na goleniach, a przedewszystkiem na goleni prawej odpowiadałyby klinicznemu obrazowi zapalenia sączącego przewlekłego i wrzodu goleni, co w dawniejszych podręcznikach nosiło nazwę *eccema rubrum (dermatitis chronica madidans vel*

dermo-epidermitis chronica sub seq. Ulc. cruris). Sądząc z opisanego przebiegu, zmian tych nie można uważać za owrzodzenia gruźlicze ani kiłowe (owrzodzenia kilakowe), brak jest bowiem opisu charakterystycznego ustępowania z pozostawianiem blizn; lekarze nie wspominają również o leczeniu przeciwkiłowem, bez którego przecież, a po zastosowaniu tylko środków ściągających, nie ustępowałyby tak szybko zmiany chorobowe, względnie musiałyby do większych następstw doprowadzić. Sam fakt, że kiła wówczas w Polsce i na Węgrzech szeroko była rozpowszechniona, nie usprawiedliwia przyjęcia tła kiłowego zmian skórnych.

Założony na prawej nodze jątrznik, będąc sztucznem owrzodzeniem, sztucznie podtrzymywanem, aby nie pokrył się naskórkiem, wydzielał obficie, wywołując skolei zapalne zmiany skórne, zaczerwienienie i obrzęk, które nawet posuwały się w okolicę biodra. Król odczuwał wówczas dreszcze a według Simoniusa zapadał nawet w gorączkę i utykał jakgdyby „miał guz w biodrze". Objawy te tłumaczą się powstawaniem zapalenia naczyń chłonnych kończyny dolnej prawej i obrzękiem gruczołów chłonnych pachwinowych *(tumor erisipelatosus in coxa)*, bo skóra nad niemi musiała być obrzękła i zaczerwieniona; bolesność pakietu powiększonych gruczołów chłonnych przeszkadzała królowi w chodzie tak, że musiał utykać. Czy na tak zmienionej skórze, pozbawionej miejscami naskórka, obficie sączącej, a nawet pokrytej owrzodzeniami, nie mogło dojść do róży, to tego dziś w zupełności nie da się wykluczyć i to jest prawdopodobne, zważywszy, że Buccella wspominał o napadach dreszczów a Simonius o gorączce; jednakże samo zapalenie naczyń chłonnych i gruczołów powstałe w następstwie sączących powierzchni skóry mogło również wywołać powyższe objawy ogólne.

G i e d r o y ć, przyjmując u króla istnienie skazy moczanowej, uważa objawy powyższe za następstwa bólów mięśniowych *(lumbago)*.

Nie dziwi nas również wzmianka S i m o n i u s a, że król miał prawą goleń obrzękłą, zgrubiałą, jakby słoniowaciną dotkniętą, pokrytą twardym, łuszczącym się naskórkiem *(scyrrhosam atque elephantiaco similem)*; w następstwie przewlekłych zmian zapalnych często powtarzających się w skórze, tkance podskórnej, w naczyniach i gruczołach chłonnych i następowych przeszkodach w krążeniu, mogło dojść do zgrubienia i przerostu skóry i naskórka a nawet do słoniowatości *(pachydermia, elephantiasis)*.

To przewlekłe schorzenie skóry goleni interesowało niezwykle sąsiednie dwory panujących. Rudolf II, pragnąc przeniknąć tajemnice choroby króla Batorego (o chorobie króla rzeczywiście na dworze nie wolno było mówić) utrzymywał osobne biuro wywiadowcze w Kamerze wrocławskiej, gdzie gromadzono wieści, drogą potajemnych wywiadów zebrane, aby je następnie przesyłać do Pragi. Na podstawie tych tajnych relacyj dostarczonych przez szpiegów, wyrobiono sobie fałszywe zdanie o chorobie króla, sądząc, „że cierpi na wilka (tocznia, *lupus)* na udzie, który go pożera".

Oprócz opisów tego głównego cierpienia skórnego, spotykamy wzmiankę o przebytem w wieku młodzieńczym ropnem zapaleniu przyusznem z zajęciem kości. Jakiego rodzaju mogłyby być te zmiany, trudno dziś rozstrzygnąć. Wyleczenie tych zmian bez pozostawienia widocznych blizn, ustępowanie ich bez leczenia swoistego, przemawia przeciw przyjęciu zmian kiłowych późnych (kilaków); zmian gruźliczych w rodzaju gruźlicy rozpływnej *(tuberculosis colliquativa)* lub gruźlicy kości *(tbc. ossium)* nie można w zupełności wykluczyć. Skórne zmiany gruźlicze tego rodzaju zabliźniają się stosunkowo dość łatwo i to często bez pozostawienia większych widocznych śladów w postaci zniekształcających blizn; można również przypuszczać, że był to zwykły proces ropny.

Te długotrwałe zmiany skórne mogłyby być przyczyną powstawania napadów swędzenia tem więcej, że istniało prawdopodobnie podłoże konstytucjonalne skóry w postaci zaburzeń w rogowaceniu naskórka i czynnościach fizjologicznych skóry (suchość skóry, brak pocenia); swędzenia i wadliwości skóry starano się złagodzić częstemi kąpielami i nacieraniami codziennemi.

Eugenjusz Artwiński.

U w a g i n a d o b j a w a m i n e r w o w e m i.

Sądzę, że należy oddzielnie traktować przyczynę zgonu od zaburzeń mowy, występujących dwukrotnie w ciągu życia Stefana Batorego. Co do przyczyny śmierci, to najprawdopodobniejszą wydaje mi się śmierć spowodu mocznicy. Za mocznicą przemawiałoby to, że cała sprawa rozpoczęła się jakiemiś przykremi sensacjami w całem ciele, notowanemi w kronikach dnia 7. XII. jako „pcheł kąsanie". Dalej przemawiają za tem przypuszczeniem bóle głowy, nudności i napady padaczkowate (epileptoidalne). Opis napadów jest bardzo dokładny i świadczy korzystnie o ówczesnej zdolności obserwacji. Na podstawie tych opisów można przypuszczać, że były to dwojakiego rodzaju napady. Jedne przebiegające z drgawkami w całem ciele, a drugie obejmujące tylko mięśnie twarzy. Do całości klinicznego obrazu mocznicy dołącza się jeszcze uczucie duszności. Nie bez znaczenia jest również spostrzeżenie S i m o n i u s a, że król mało oddawał moczu. Słusznem jest przeto twierdzenie B u c c e l l i, że *„serenissimus rex Stephanus corripiebatur nam neque oris spuma, neque excrementorum expulsio apparebat. Atqui non ob Epilepsiam ipsam per se: sed ob symptoma, quod motum epilepticum consequebatur, mortuus est"*. I my współcześni, podobnie jak i Buccella, musimy traktować napady padaczkowate nie jako przyczynę, lecz skutek choroby, z tą tylko różnicą, że Buccella śmierć królewską uważał za następstwo tych napadów, a my skłonnibyśmy byli szukać przyczyny zgonu w schorzeniu nerek.

O ile wnosić można z opisu Buccelli, *habitus* króla Stefana Batorego odpowiadałby konstytucji, którą dzisiaj uważamy za apoplektyczną. Buccella bowiem powiada: „król był otyły i miał żyły wogóle zacieśnione, wąskie". Za tem przypuszczeniem, że król miał konstytucję raczej apoplektyczną, przemawiałyby również także jego portrety.

Wśród dotychczasowych najrozmaitszych przypuszczeń co do przyczyny śmierci Stefana Batorego mówiono między innemi o zatruciu, o padaczce i nowotworze mózgu. Rozpoznanie nowotworu wydaje mi się nieprawdopodobne ze względu na krótki czas trwania choroby, która zaczęła się 4 grudnia a skończyła 12 grudnia. Chorzy z nowotworami mózgu żyją zazwyczaj dłużej. Należy również przypuszczać, że w razie rozwijającego się nowotworu mózgu dostrzeżonoby jeszcze prócz drgawek jakieś inne objawy, bo pamiętać o tem należy, że króla obserwowano wręcz po mistrzowsku. O ile można wnosić z opisów, bóle głowy nie były również stałe w ciągu 8-dniowego trwania choroby. Przeciwko przyjęciu padaczki jako cierpienia podstawowego przemawia cały bieg życia, charakter i usposobienie króla. Zresztą niema żadnych danych, na podstawie których możnaby przypuszczać, że król w ciągu życia cierpiał na padaczkę. Napady padaczkowe, względnie zbliżone do padaczkowych, wystąpiły dopiero na 8 dni przed zgonem i były niewątpliwie, jak to już wyżej starałem się udowodnić, jedynie jednym z objawów zespołu chorobowego. Za zatruciem również nic nie przemawia.

O ile ustalenie przyczyny zgonu króla Stefana Batorego wydaje nam się dość prawdopodobnem, o tyle znacznie trudniej jest zdać sobie sprawę z zaburzeń mowy, które według Buccelli miały wystąpić dwukrotnie w ciągu życia króla. Buccella bowiem wspomina że „jeszcze w siedmiogrodzkiej ziemi przyszła była nań affekcja więcej niż przez tydzień, co żadnym sposobem nie mógł mówić to co chciał. Kiedy chciał rzec Piotr, tedy rzekł Jan. I chociaż znał i czytał a pisał co jedno chciał i posły cesarskie, którzy na ten czas u niego byli, przez pisanie odprawował; tu w Polszcze już temu 5 lat przyszło mu było w szyję przez kilka dni i z dusznością". Nie da się odpowiedzieć, jaka mogła być przyczyna tych zaburzeń mowy. Gdybyśmy współczesnym językiem lekarskim mieli odpowiedzieć na to pytanie, to znaczy ściśle chorobę rozpoznać, musielibyśmy zbadać mocz, krew a może i płyn mózgowo-rdzeniowy. Bez tego także i dzisiaj, spostrzegając podobne zaburzenia mowy, nie bylibyśmy w stanie odpowiedzieć, jaka jest ich przyczyna. Dlatego też co do zaburzeń mowy króla Stefana możemy snuć jedynie najogólniejsze przypuszczenia, ale nie mamy żadnych podstaw, aby któremukolwiek z nich przypisać chociażby pozory prawdopodobieństwa. Możnaby przypuszczać, że była to afazja tak zwana „amnestyczna", gdyż król był zupełnie przytomny, rozumiał i pisał dobrze, skoro nawet sprawy publiczne wielkiej wagi pisemnie załatwiał. Takie zaburzenia mowy mogły być wywołane przez zmiany naczyniowe, związane z kiłą, miażdżycą, wysokiem parciem krwi i zmianami naczyniowemi na tle schorzenia nerek. Trudno jest oczywiście zdać sobie sprawę, jaka była przyczyna zaburzeń mowy, które wystąpiły na kilka lat przed przybyciem króla do Polski, a więc na lat kilkanaście przed śmiercią.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Tadeusz BARANOWSKI. Lwów.

Oznaczenie czynności wydzielniczej nerki w przypadku sacharozurji alimentarnej.

Z Instytutu Chemji Lekarskiej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. J. K. Parnas.

Stworzona przez Cushny'ego teorja wydzielania moczu opiera się na założeniu, że w kłębuszkach nerkowych odbywa się przesączanie wody i ciał drobnocząsteczkowych, w kanalikach zaś następuje resorbcja zwrotna części wody oraz niektórych ciał rozpuszczonych. Jeden z najczęściej teorji tej stawianych zarzutów opiera się na konieczności przyjęcia bardzo znacznych ilości przesączu kłębuszkowego. Przeprowadzone w tym kierunku doświadczenia na zwierzętach wykazały jednak istnienie faktów, przewidzianych przez teorję (1).

Jolliffe, Shannon i Smith (2) zbadali wydalanie szeregu związków i wykazali, że do oznaczania objętości przesączu kłębuszkowego można użyć ksylozy lub sacharozy, gdyż związki te wydalają się wyłącznie drogą kłębuszków. Cope (3) wykonał podobne doświadczenia na królikach; podawał podskórnie 40—100 cm³ wodnego roztworu cukru trzcinowego i oznaczał, wiele wydaliło się w pewnym okresie czasu. Następujące dane przedstawiają wyniki jednego z takich doświadczeń: w ciągu godziny królik wydzielił 24 cm³ moczu, w którym stężenie cukru wynosiło 2200 mg %; stężenie cukru w osoczu wynosiło 100,2 mg%. Aby więc wydalić 528 mg cukru trzcinowego, musiało przejść przez kłębuszki conajmniej $\frac{528 \text{ mg}}{100{,}2 \text{ mg}} \times 100 \text{ cm}^3 = 0{,}52$ l krwi w godzinie. Powyższe doświadczenie wskazuje, jak znaczne ilości krwi uwalniają się w nerce od ciała wydalanego.

Brak jest jednak podobnych oznaczeń na człowieku. Lukę tę uzupełnia obecna praca. Dotyczy ona przypadku sacharozurji alimentarnej, rozpoznanej i opracowanej przez Dr. Krassowską i Dr. Ptaszka (4), których uprzejmości zawdzięczam możność przeprowadzenia doświadczeń podanych w tej pracy. W pracy tej korzystałem ze wskazówek i pomocy Doc. Dr. W. Mozołowskiego, któremu składam serdeczne podziękowanie.

Z sacharozurją alimentarną spotykamy się w warunkach fizjologicznych po spożyciu znacznych ilości cukru trzcinowego (5). Przypadki sacharozurji alimentarnej patologicznej opisali Smoleński (6) oraz Jolles (7). Przy przeprowadzaniu doświadczeń w takich przypadkach należy się liczyć z możliwością sacharozurji samoistnej, którą trzeba wykluczyć, jeżeli mamy zamiar badać wydalanie się podanego cukru trzcinowego przez nerki. Niewątpliwe przypadki sacharozurji samoistnej opisali Hösch (8) oraz Rencki i Falkiewicz (9), a w ostatnim przypadku Baranowski i Mozołowski (10) izolowali z moczu i zidentyfikowali cukier trzcinowy. Przypadek sacharozurji, którym się posługiwałem w doświadczeniach, nie wykazywał żadnych cech samoistnego wydalania cukru trzcinowego.

Mając zatem do dyspozycji osobnika, który po podaniu doustnem cukru trzcinowego wydalał znaczne jego ilości drogą nerki, można było przez oznaczenie poziomu cukru trzcinowego we krwi i ilości cukru przechodzącego do moczu pokusić się o obliczenie ilości krwi przepływającej przez kłębuszki.

Metoda.

Małe ilości krwi (0,1 cm³) hemolizuje się przez dodanie wody destylowanej, poczem inwertuje się zapomocą sacharazy (inwertazy) zawarty w płynie cukier trzcinowy, w oddziaływaniu kwaśnego fosforanu. W tych warunkach krew nie ulega glikolizie. Można przed dodaniem inwertazy unieczynnić ferment glikolityczny przez wstawienie hemolizatu do wrzącej łaźni na krótki czas, co jednak na podstawie kontrolnych oznaczeń okazało się zbędnem. Następnie oznacza się redukcję odpowiednio przystosowaną metodą Hagedorna i Jensena (11).

Sposób wykonania jest następujący: do probówki (I), zawierającej 2 cm³ wody destylowanej, daje się 0,1 cm³ krwi. Probówka kontrolna (II) zawiera tylko 2 cm³ wody. Do obydwu dodaje się po 0,5 cm³ 1% KH_2PO_4, po 0,5 cm³ roztworu inwertazy (specjalnie sporządzonej) i po dokładnem wymieszaniu umieszcza się je w termostacie o temperaturze 38—40° na przeciąg 30 minut. Równocześnie pobiera się 0,1 cm³ tej samej krwi i oznacza w niej redukcję metodą Hagedorna i Jensena. Po ukończeniu inwersji dodaje się po 1 cm³ 1/10 n NaOH, po 2 cm³ 1,1% $ZnSO_4$ (z 45% roztworu używanego przy metodzie Hagedorna i Jensena wziąć 1 cm³ i dopełnić wodą do 40 cm³), miesza się i wstawia do wrzącej łaźni na 3 minuty. Dalej postępuje się dokładnie taksamo, jak w metodzie Hagedorna i Jensena. Wartość redukcyjną krwi inwertowanej oblicza się przez odjęcie od wartości redukcyjnej I wartości redukcyjnej II (płynu kontrolnego). Ponieważ wartość redukcyjna fruktozy wynosi 98% wartości glukozy, przeto możemy obliczyć bez żadnych poprawek ilość cukru trzcinowego z różnicy między wartością redukcyjną krwi poddanej inwersji, a oznaczoną wprost.

Użyto tu roztworu inwertazy drożdżowej (sporządzonej według przepisu Svanberga (12); roztwór ten, dzięki wielokrotnemu oczyszczaniu i dializie prawie zupełnie nie redukował: 1 cm³ roztworu wykazywał redukcję odpowiadającą 0,007 mg glukozy. Błąd ten wyeliminowano przez próbę kontrolną. Stosowne stężenie inwertazy należy określić doświadczalnie. Podana tablica wykazuje zależność szybkości przebiegu inwersji od stężenia inwertazy, oraz czasu inwersji dla inwertazy użytej.

Tablica I.

Inwertowano 0,2 mg cukru trzcinowego.
Liczby podają wartość redukcyjną w mg glukozy.

czas inwersji	0,1 cm³	0,2 cm³	0,5 cm³
	roztworu inwertazy		
5'	0,028	—	0,150
15'	0,107	—	0,190
30'	0,159	—	0,202
60'	—	0,194	—

Oznaczając zapomocą podanej metody zawartość cukru gronowego i trzcinowego (również w obecności maltozy) w roztworach sporządzonych przez odważenie tych cukrów, znalazłem zupełną zgodność wyników doświadczalnych z teoretycznemi. Oznaczenia przeprowadzone na roztworach cukrów z dodatkiem krwi dały wyniki identyczne z poprzedniemi. W warunkach inwersji maltoza nie ulega rozkładowi. Metoda nadaje się do serjowego oznaczania cukru trzcinowego w krwi w obecności glukozy i maltozy. Granice błędu metody nie przekraczają granic dla metody Hagedorna i Jensena.

Wyniki doświadczalne.

Doświadczenia wykonano na kobiecie wagi około 50 kg, u której stwierdzono sacharozurję alimentarną. Ponieważ oznaczenia były dla badanej dość uciążliwe, wykonano tylko dwie próby obciążenia cukrem trzcinowym. Po opróżnieniu pęcherza, badana (będąca od 12 godzin naczczo), spożyła 100 g cukru trzcinowego w 500 cm³ herbaty, poczem co pół godziny oznaczano zawartość cukrów we krwi. Wyniki pierwszego doświadczenia zestawiono w tablicy II.

Tablica II.

Doświadczenie z dnia 11. IV. 1934.

Czas	zawartość cukru w mg na 100 cm³ krwi ozn. wprost	po inwersji	przypada na c. trzcinowy
0'	110	107	0
30'	155	155	0
60'	98	112	14
90'	117	152	35
120'	122	139	17

Mocz zebrany starannie po upływie czasu doświadczenia t. j. dwu godzin w ilości 565 cm³ oddziaływał zasadowo, c. wł. 1025. Redukcja wprost odpowiadała 0,36% glukozy; cukru trzcinowego, oznaczonego polarymetrycznie oraz przez redukcję po inwersji znaleziono 3,92%. Badana wydaliła więc w okresie dwugodzinnym 25,6 g cukru. Poziom cukru trzcinowego krwi ulegał znacznym zmianom. Celem obliczenia wartości średniej narysowano krzywą obciążenia na papierze milimetrowym i przez przeliczenie kratek pola otrzymano przeciętną 19 mg na 100 cm³ krwi. Ilość krwi, która musiała uwolnić się w kłębuszkach od cukru trzcinowego, wynosi: $\frac{25600 \text{ mg}}{19 \text{ mg}} \times 100 \text{ cm}^3 = 135{,}3$ l w ciągu dwóch godzin. Jak widzimy, ilość ta jest bardzo pokaźna, należy jednak zwrócić uwagę na to, że dzieje się to w warunkach silnej diurezy, na co wskazuje ilość moczu wydalonego w ciągu tych 2 godzin.

Drugie doświadczenie przeprowadzono w analogiczny sposób. Wyniki oznaczeń cukrów we krwi zawiera tablica III.

Tablica III.
Doświadczenie z dnia 20. VI. 1934.

Czas	zawartość cukru w mg na 100 cm³ krwi ozn. wprost	po inwersji	przypada na c. trzcinowy
0'	114	112	0
30'	151	162	9
60'	129	153	24
90'	115	160	45
120'	120	130	10

Średnio wypada 20 mg cukru trzcinowego na 100 cm³ krwi. Przed rozpoczęciem doświadczenia badana oddała 28 cm³ moczu o c. wł. 1028, oddziaływaniu zasadowem, niezawierającego ani cukru gronowego, ani trzcinowego. Po dwóch godzinach otrzymano 120 cm³ moczu o c. wł. 1032, oddziaływaniu zasadowem, nieredukującego wprost, w którym znaleziono 4,3% cukru trzcinowego. Zwracało uwagę bardzo silne pocenie się badanej spowodu upalnego dnia. W drugiem doświadczeniu wydaliło się więc zaledwie 5,16 g cukru trzcinowego. Następne porcje moczu, w ilości skąpej, nie zawierały już żadnych cukrów. Przez kłębuszki musiało więc przepłynąć $\frac{5160 \text{ mg}}{20 \text{ mg}} \times 100 \text{ cm}^3 = 25{,}8$ l krwi w ciągu 2 godzin. Wartości otrzymane są pięciokrotnie niższe od wartości poprzedniego doświadczenia. Wytłumaczenia tego zjawiska szukać należy, porównując ilość moczu wydalonego w obydwu doświadczeniach; w pierwszem mamy do czynienia z silną diurezą, w drugiem spowodu silnego pocenia się, mimo tych samych ilości spożytego płynu, diureza się nie zwiększyła.

W dyskusji otrzymanych wyników zwraca uwagę stosunkowo niski poziom cukru trzcinowego krwi mimo wydalania się znacznych ilości w moczu. Świadczy to o tem, że wydalanie cukru trzcinowego jest prawie tak szybkie, jak jego wchłanianie się z jelita i przemawia za tem, iż cukier trzcinowy, który się dostał do krwi, wydala się w zupełności jako ciało obce.

Porównując otrzymane wyniki z danemi Cope'a dla królików, należy uwzględnić stosunek ilości miąższu nerkowego u człowieka i królika. Addis i współpracownicy (13) przyjmują, że nerki człowieka ważą przeciętnie około 300 g, nerki królika przeciętnie około 15 g. Ilość zatem miąższu nerkowego u człowieka jest około 20 razy większa. Z naszego drugiego doświadczenia obliczono ilość krwi, która w zupełności uwolniła się w nerce od zawartego w niej cukru trzcinowego na 25,8 l w okresie dwugodzinnym. Cytowane zaś we wstępie doświadczenie Cope'a podaje dla królika 0,52 l na godzinę, zatem 1,04 l dla okresu dwugodzinnego. Stosunek obu tych liczb do siebie (1.04 : 25.8) jest bardzo bliski, obliczonemu stosunkowi wagi nerek (15 : 300) królika i człowieka. Udało się więc wykazać, że u człowieka podobnie jak u królika, ilość przesączu kłębuszkowego jest bardzo znaczna. Ulec ona może jeszcze zwiększeniu pod wpływem czynników wzmagających diurezę; wyniki naszego pierwszego doświadczenia wyraźnie to ilustrują.

Wnioskiem wypływającym z omówionych doświadczeń na człowieku jest stwierdzenie, że w rozważaniach nad pracą wytwarzania moczu w nerce należy przyjąć przesączanie się conajmniej takich ilości płynu w kłębuszkach, jakie przyjmował Cushny w swoich teoretycznych rozważaniach.

Piśmiennictwo:

1) Stan zagadnienia oraz przegląd piśmiennictwa podaje W. Mozołowski w wykładzie: „Nowe badania doświadczalne nad wydzielaniem moczu w nerce". Polska Gazeta Lekarska 1932. Str. 913. — 2) N. Jolliffe, J. A. Shannon a. H. W. Smith: Americ. J. of physiology 100. 301. 1932. — 3) C. L. Cope: J. of physiology 80. 238. 1933. — 4) Krassowska i Ptaszek: w przygotowaniu do druku w Polskiej Gazecie Lekarskiej. — 5) C. v. Noorden: Hdb. d. Pathologie des Stoffwechsels. Berlin. 1906. Str. 168. — 6) K. Smoleński: Zeitschr. f. physiolog. Chemie. 60. 119. 1909. — 7) A. Jolles: Biochem. Zeitschr. 57. 420. 1913. — 18) Hösch: Klinische Wochenschr. 13. 275. 1934. — 9) R. Rencki u. A. Falkiewicz: Klinische Wochenschr. 13. 774. 1934. — 10) T. Baranowski u. W. Mozołowski: Klinische Wochenschr. 13. 955. 1934. — 11) H. C. Hagedorn u. B. N. Jensen: Biochem. Zeitchr. 135. 46. 1923. — 12) O. Svanberg: Abderhaldens Hdb. d. biolog. Arbeitsmethoden. Abt. IV. Teil 1. Heft 2. S. 249. — 13) T. Addis: Arch. of intern. medicine. 30. 382. 1922; F. B. Taylor, D. R. Drury a. T. Addis: Americ. J. of physiology. 65. 58. 1923 r.

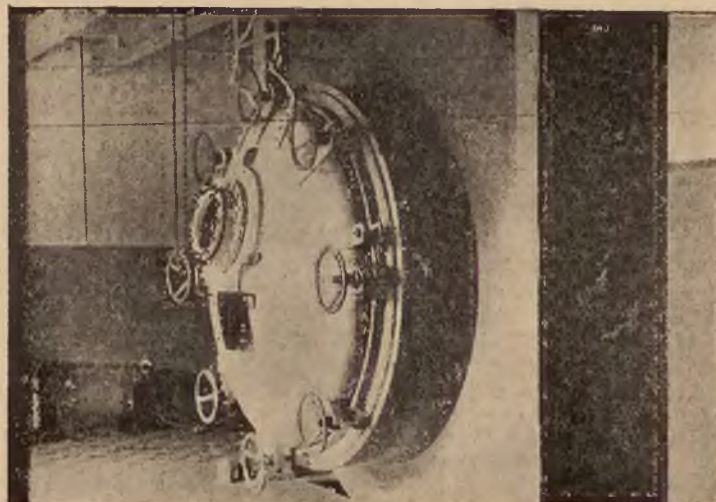
DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Dr. Zygmunt DANIELSKI. Lwów.

Komory pneumatyczne w profilaktyce i lecznictwie chorób płuc i dróg oddechowych.

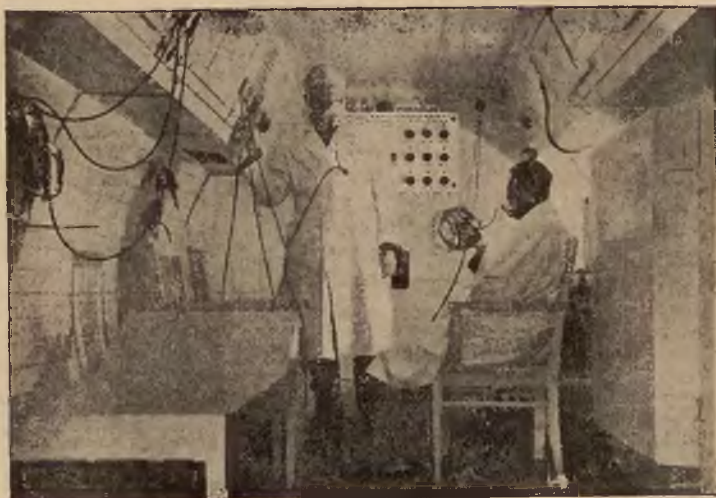
Zastosowanie komór pneumatycznych dla celów zapobiegawczych i leczniczych dotychczas mało jest znane i wykorzystane. W Polsce istnieje od stycznia 1932 w „Centrum badań lotniczo-lekarskich" w Warszawie komora pneumatyczna, jednak wyłącznie dla celów badań lotników wojskowych i cywilnych.

W innych państwach Europy a także w Ameryce skonstruowano w ostatnich dziesiątkach lat komory pneumatyczne także



Ryc. 1. Komora pneumatyczna Centrum Badań lotniczo-lekarskich w Warszawie.

dla celów leczniczych, w szczególności rozedmy płuc, dusznicy oskrzelowej i sercowej, przewlekłych katarów oskrzeli i oskrzelików, niedomogi mięśnia sercowego i t. p. Do bardziej znanych w Europie należą komory pneumatyczne w Anglji, we Francji (Paryż), w Szwajcarji (Zurych), w Czechosłowacji (Luhacovice), doniedawna także na klinice chorób wewnętrznych (w Pradze),



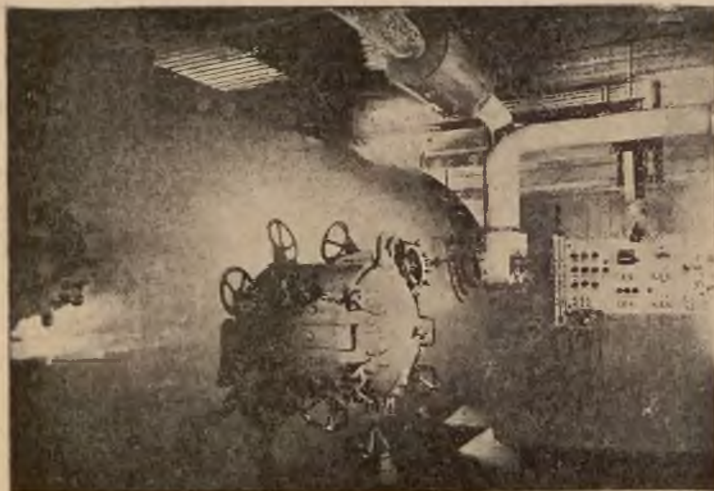
Ryc. 2. Komora pneumatyczna Centrum Badań lotniczo-lekarskich w Warszawie.

w Niemczech (Hamburg-Eppendorf, w Reichenhall i Bad Ems). Rezultaty lecznicze ogłaszane są w odnośnych pismach perjodycznych i wydawnictwach.

Znaczny krok naprzód w tej dziedzinie ułatwiły prace eksperymentalne Drasticha z oddziału fizjologji lekarskiej Uniwersytetu Massaryka w Bernie (Kierown. Prof. Petrik), niemniej doświadczenia przeprowadzone przez Singera w komorze pneumatycznej Instytutu fizjologji lekarskiej w Zurychu (kier. Prof. Hess) i to zarówno na zwierzętach jak i na ludziach, a ogłoszone w rozprawach: 1) O wpływie rozrzedzonego powietrza na przebieg gruźlicy. 2) Przyczynek do zagadnienia leczenia gru-

źlicy w komorze pneumatycznej o obniżonem ciśnieniu. 3) Dodatek do eksperymentalnej fizjologji górskiej anoksyhemji.

Na podstawie szczegółowych studjów odnośnego piśmiennictwa i wielu dotychczas przeprowadzonych eksperymentów, nabrałem przekonania, że komory pneumatyczne zapewniające jako takie możność dowolnego rozrzedzania i zgęszczania powietrza, a tem samem możność wywoływania odnośnych odczynów biologicznych krwi jak: pomnożenie ilości czerwonych ciałek, pomnożenie hemoglobiny, powodowane przez niedotlenienie krwi czyli tak zw. anoksyhemję, przesunięcie w równowadze kwasowych i zasadowych wartości i pozostające w związku z tem zmiany



Ryc. 3. Komora pneumatyczna Centrum Badań lotniczo-lekarskich w Warszawie.

w systemie koloidalnym osocza organizmu i t. p. — mogą być tak zrekonstruowane, aby zapewnić współdziałanie także innych czynników i nieswoistych bodźców leczniczych, jak: głębokie inhalacje tlenowe, inhalacje leków, radjoterapja, przy zastosowaniu nowoczesnej utleniającej diety przeciwgruźliczej i w ten sposób umożliwić uodpornianie i leczenie przeciwgruźlicze, zwłaszcza w okresach początkowych, a w szczególności u zagrożonych dzieci.



Ryc. 4. Komora pneumatyczna w Luhacovicach.

Rozważania powyższe opieram głównie na doświadczeniu eksperymentalnem przeprowadzonem w r. 1931 w Hamburgu-Eppendorfie w *„Deutsche Tuberculose-Forschungs-Anstalt"* zostającem jak wiadomo pod kierown. Prof. Dra Kirchnera i nadzorze fachowym Rektora Uniw. w Hamburgu i Dyrektora znanego kompleksu klinik, oddziałów szpitalnych i Instyt. doświadczalnych w Eppendorfie w Hamburgu Prof. Brauera. Obaj ci badacze łącznie z innymi fachowymi współpracownikami wydali zbiorową opinję o powyższem doświadczeniu, którą uważam za wskazane tutaj w dosłownem tłumaczeniu przytoczyć:

„W sprawie doświadczeń Dr. Z. Danielskiego przedkładamy następującą opinję:

Wiadomem jest powszechnie, jak trudnem zadaniem jest wykazać dowodnie u morskich świnek ochronne czy też lecznicze działanie w zakażeniu gruźliczem — jak zresztą trudno jest zadziałać na zakażenie gruźlicze wogóle. Dotychczas zdołano w eksperymencie na zwierzętach uzyskać ochronne działanie jedynie drogą szczepień ochronnych przy pomocy żywych prątków (Calmette-Guérin). W przebiegu schorzenia gruźliczego u morskich świnek odgrywa dużą rolę ilość materjału użytego do zakażenia. Gdy jest ona za dużą, to schorzenie postępuje niepowstrzymanie naprzód, gdy zaś za małą, to uwydatnia się u bardzo wrażliwych świnek indywidualna dyspozycja, powodująca przebieg bardzo różnorodny. Wskazanem jest przeto, chcąc uzyskać przekonywujące rezultaty, tego rodzaju doświadczenia na licznym materjale zwierzęcym przeprowadzać. Wskaźnikiem ciężkości schorzenia są z jednej strony pierwsze objawy zmian gruźliczych w miejscu wstrzyknięcia i w sąsiednich gruczołach chłonnych — z drugiej zaś strony zmiany, jakie stwierdza dokonana po śmierci autopsja. Z różnicy stopnia schorzenia zwierząt zakażonych i zwierząt kontrolnych, które wcale eksperymentom nie były poddane, możemy wnioskować o ewentualnej skuteczności badanych zabiegów.

Wobec powyższych rozważań należało *a priori* nie liczyć na zbyt wielkie szanse, ażeby — przyjąwszy, iż istotnie kombinowane zadziałanie niskiego ciśnienia i inhalacyj tlenowych ma dodatni wpływ na przebieg gruźlicy — ten dodatni wpływ w drodze eksperymentu na morskich świnkach dał się wykazać i udowodnić. W każdym razie zewszechmiar wskazanem się okazało, że takie właśnie doświadczenie zostało przeprowadzonem. Jako dalszy moment utrudniający przyjąć należy, że doświadczenie na zbyt małej grupie zwierząt było przeprowadzonem a to spowodu małej objętości komory doświadczalnej wynoszącej 0.2 m^3, która dawała możność pomieszczenia tylko 6 świnek morskich, o ile higjeniczne warunki miały być utrzymane na wysokości zadania. Do doświadczeń użyto 13 świnek, które po poprzedniej doskórnej próbie tuberkulinowej podzielono na 5 grup. Dziewięć świnek (t. j. grupa 1—2—3) poddawane były codziennie przez 6 godzin działaniu niskiego ciśnienia, mianowicie przez 5 tygodni. Zaczęto od ciśnienia 660 mm, poczem codziennie o 10 mm ciśnienie obniżano tak, że po upływie 5 tygodni obniżono ciśnienie do 310 mm, co odpowiada wysokości 7.000 m.

Dzięki odpowiedniemu urządzeniu odświeżano powietrze wielokrotnie bez zachwiania pożądanej wysokości ciśnienia. Działanie niskiego ciśnienia kombinowano z inhalacją tlenową w ten sposób, że w pierwszych dniach eksperymentu po 6 godzinach trwania tegoż podwyższano przez wpuszczenie z butli stalowej

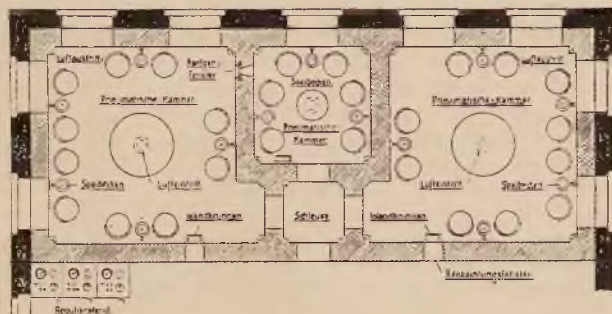


Ryc. 5. Komory pneumatyczne w Bad Ems.

tlenu, jego cząstkowe ciśnienie o 100 mm. W tej to atmosferze pozostawiano zwierzątka jeszcze przez pół godziny. W dalszym przebiegu tego doświadczenia — gdy osiągano czemraz niższe ciśnienia — wprowadzono jeszcze celem wzmożenia bodźców tlenowych drugą taką inhalację tlenową, mianowicie po 3 godzinach. Po upływie 5 tygodni takiego kombinowanego działania niskiego ciśnienia i bodźców tlenowych, zaszczepiono tych 9 zwierzątek łącznie z 2 kontrolnemi (t. j. grupa IV) przy pomocy 0.003 cm^3 hodowlą *Mtb. 7* śródskórnie. Dalszy przebieg doświadczenia przedstawia się następująco:

Grupę pierwszą wydzielono z dalszego eksperymentu, grupę II poddawano nadal codziennemu działaniu rozrzedzonego powietrza (310 mm) z następowemi inhalacjami tlenowemi. Również grupę III, którą ponadto poddawano działaniu promieni ultrafio-

letowych, mianowicie podwyższając co drugi dzień długość działania naświetlań o 1—5 minut. Zwierzątka grupy IV. (jako kontrolne dla stwierdzenia skuteczności zakażenia gruźliczego) pozostawiono bez dalszego leczenia, wreszcie 2 świnki grupy V. pozostały bez wszelkiego wstępnego czy też następowego zadziałania, a to jako zwierzęta normalne dla zestawień porównawczych wyników prób krwi.



Ryc. 6. Plan komór pneumatycznych w Bad Ems.

W y n i k i:

O ile chodzi o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania, jaki wpływ wywarła ta kombinowana metoda działania rozrzedzonego powietrza i bodźców tlenowych na przebieg gruźliczego schorzenia u morskich świnek, to należy zaznaczyć, że istotnej różnicy co się tyczy pierwotnych zmian, oraz obrzęków gruczołów limfatycznych obwodowych nie zauważono. Pierwsze objawy zaznaczyły się u wszystkich zwierząt po upływie 14 dni, po trzech tygodniach zaś wystąpiły one u wszystkich zwierząt wyraźnie. Dwoje zwierząt padło wcześniej mianowicie po 7 względnie po 8 tygodniach. Pozostałe zabito po 9 tygodniach, gdyż spowodu zewnętrznych przyczyn musiano doświadczenie przerwać. Przy sekcji stwierdzono u zwierząt obok wstępującej gruźlicy gruczołów limfatycznych, także schorzenia gruźlicze organów miernego stopnia, które u poszczególnych zwierząt różne jednak przedstawiały nasilenie. Zmiany u trzech poddanych powyżej opisanemu działaniu grup, a zwłaszcza u zwierząt grupy III, były nagół mniejsze jak u zwierząt kontrolnych grupy IV., które ani działaniu wstępnemu (uodporniającemu), ani też działaniu następowemu (t. j. leczniczemu) poddane nie były. Ponieważ atoli grupy były bardzo nieliczne, nie wystarcza to do postawienia definitywnego wniosku, że przez powyższe doświadczenie stwierdzonem zostało dodatnie działanie kombinowanej metody rozrzedzonego powietrza i tlenowego bodźca na przebieg schorzenia gruźliczego u morskich świnek. Rezultaty uprawniają w każdym razie do dalszych prób powyższej metody bodźcowej na większym materjale zwierzęcym, celem ustalenia poglądu na tę sprawę. Pewne ogólno dodatnie skutki działania powyższej metody dały się jednak niewątpliwie stwierdzić. Do tego celu posłużyły mianowicie przeprowadzane przez cały przebieg eksperymentu co tygodnia u każdego ze zwierząt badania: a) szybkości opadania krwinek, b) ilości czerwonych ciałek krwi, c) zawartości hemoglobiny, d) ilości leukocytów, e) cytologicznego obrazu krwi.

a) Przy oznaczaniu szybkości opadania krwinek wystąpiły indywidualne różnice; różnice pomiędzy poszczególnemi grupami trudno było wykazać, względnie zniknęły one zupełnie w przeciwstawieniu do różnic indywidualnych.

b) Ilości czerwonych ciałek krwi wzrosły u wszystkich zwierząt poddanych powyższemu kombinowanemu działaniu pod wpływem tegoż zadziałania t. j. rozrzedzonego powietrza i bodźców tlenowych. Przyrost wynosił w grupie I. między 9% a 39% (średnio 28%), w grupie II. między 9% a 40% (średnio 26%), w grupie III. między 14% a 35% (średnio 22%).

Po zakażeniu spadła liczba czerwonych ciałek krwi w grupie I., usuniętej od dalszego działania o 7% do 41% (średnio 22%), a więc niemal do ilości początkowej. W grupie II. poddanej dalszemu działaniu kombinowanemu, wzrosła podwyżka czerwonych ciałek u dwóch zwierząt dalej o 2%, u trzeciego zaś spadła.

Średnia ilość dla całej grupy wynosiła na końcu doświadczenia podwyżkę o 3%. W trzeciej grupie wynosiła podwyżka między 10% a 14% (średnio 13%).

c) Wartości hemoglobiny okazywały się naogół równoległe do ilości czerwonych ciałek — a więc wzrost w czasie działania uodporniającego — spadek w czasie okresu zakażenia.

W grupie II. wzrosła jednak ilość hemoglobiny jeszcze nieco także w okresie zakażenia. Naogół zmniejszenie się hemoglobiny okazało się w grupach poddanych działaniu zbliżonem do grupy kontrolnej, t. j. IV.

d) Liczby leukocytów wykazały silne różnice indywidualne i wahania nieregularne tak, że trudno było jakieś wnioski ustalić.

e) Obraz krwi wykazał we wszystkich zakażonych grupach zupełnie wyraźny ubytek komórek obojętnochłonnych, bez przesunięcia jądra, powstały na skutek zakażenia i odpowiadający wzrostowi limfocytów (o 40—50%). Jako znamienne zjawisko należy podnieść, że u wszystkich zwierząt poddanych powyższemu działaniu przed zakażeniem t. j. w czasie działania uodporniającego stwierdzono wzrost kwasochłonnych, których brak bardzo często u zwierząt zdrowych. Na początku doświadczenia wynosił u 9 poddanych zabiegom zwierząt procent kwasochłonnych przeciętnie 0.1%. Na końcu działania zapobiegawczego wynosił 5.6%. Będzie też niezmiernie interesującem, jeżeli ten wzrost kom kwasochłonnych pod wpływem kombinowanego działania rozrzedzonego powietrza i bodźca tlenowego występujący, zostanie także w dalszych doświadczeniach stwierdzony".

Z powyższego b. rygorystycznie ujętego sprawozdania wynika w każdym razie, że myśl kombinacji działania rozrzedzonego powietrza z głębokiemi inhalacjami jest możliwą i realną, co zresztą bezpośrednio wynika ze słów listu prywatnego Prof. B r a u e r a, w którym mówi:

„Ich habe Ihr. M. S. mit grossem Interesse durchgesehen und bin nach reifer Ueberlegung und Besprechung auch mit den anderen Herren zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Idee den Sauerstoffreiz durch eine Erhöhung der Sauerstoffkonzentration im Unterdruck therapeutisch auszunützen, ist vertretbar".

Pozwolę sobie tu podkreślić, że doświadczenie moje zasadniczo właśnie do powyższego celu przedewszystkiem zmierzało.

Sprawozdanie stwierdza ponadto, że w każdym razie grupa zwierząt poddana działaniu zapobiegawczemu, a następnie leczniczemu, a zwłaszcza grupa III., poddana równocześnie działaniu promieni ultrafioletowych, wykazała mniejsze zmiany gruźlicze niż grupa kontrolna, stwierdza też niewątpliwie ogólne korzyści dla organizmu wykazane przez odczyny biologiczne krwi, przyczem na podkreślenie zasługuje znamienne zjawisko znacznego wzmożenia kom. kwasochłonnych we wszystkich grupach poddanych działaniu uodporniającemu przed zakażeniem.

Opierając się na powyższych założeniach, widzę się znacznie wzmocnionym w moich poglądach i w inicjatywie przeprowadzenia problemu uodporniania i leczenia, który propaguję, a mianowicie t. zw. oksyhemo-profilaktyki i terapji, w których czynnikiem i bodźcem leczniczym jest nieswoisty bodziec tlenu *(oxygenium)*, a nosicielem tlenu do komórek i tkanek wzmożone ilościowo czerwone ciałka krwi i hemoglobina = *haema* = stąd nazwa oksyhemoterapja. Praktyczne zaś przeprowadzenie polegać ma na metodzie pneumo-inhalacyjno-resorbcyjnej t. j. głębokich wdechiwaniach tlenu jak i powietrza rozrzedzonego tlenem, względnie z domieszką eterycznych, łatwo dających się doskonale rozpylić środków leczniczych, przy pomocy nowoczesnych aparatów systemu prof. S p i e s s a i prof. D r ä g e r a, pomieszczonych obok pacjentów, poddanych w komorze pneumatycznej działaniu stopniowo rozrzedzanego powietrza. Kombinacji powietrza rozrzedzonego z wyżej wspomnianemi inhalacjami dokonuje się w myśl stwierdzonego zjawiska fizjologicznego, iż w rozrzedzonem powietrzu dyfuzja tlenu w pęcherzykach płucnych znacznie jest wydatniejszą, szybszą i energiczniejszą.

Zupełnie realnem i celowem okazuje się również — zresztą w niektórych komorach pneumatycznych za moją inicjatywą już wprowadzone — równoczesne naświetlanie promieniami ultrafioletowemi.

Powyższa pneumo-inhalacyjno-resorbcyjna metoda uodporniania i leczenia powinna być celem uzyskania całości planu leczniczego kombinowaną ze specjalną dietą przeciwgruźliczą, zmierzającą do żywszego utleniania komórek. Uzyskujemy to przez stosowanie odpowiednich środków spożywczych w myśl tez R i c h e t a, S a u e r b r u c h a, H e r m a n n s d o r f e r a, opartych na poglądzie, iż gruźlica jest warunkowana złą przemianą materji, a zwłaszcza na badaniach D e l o r-R. M o n s e a u-L u m i è r e'a i innych, wyraźnie wskazujących na tak zwaną hipoksydację przy gruźlicy i stwierdzających, że u osobników gruźliczych swoistą cechą jest zmniejszenie procesów utleniających i zwolnienie przyswajania. D e l o r kładzie nacisk na widoczną zależność między postępem gruźlicy a niedomogą czynnościową płuca jako narządu utleniającego tłuszcze, zaś W i s s dowodzi, że płuca skłonne do gruźlicy charakteryzują się słabą zdolnością utleniania.

Reasumując powyższe rozważania z pominięciem bardzo wielu jeszcze szczegółów, wymagających dalszych eksperymentów, uważam zewszechmiar za wskazane zorganizowanie w Polsce komór pneumatycznych także dla celów leczniczych, przede-

wszystkiem schorzeń wymienionych na wstępie, u nas bardzo częstych, a gdzieindziej już z bardzo dobrym skutkiem w komorach leczonych, następnie dla celów dalszych badań i doświadczeń także w dziedzinie gruźlicy, celem osiągnięcia rezultatów zarówno w kierunku odporności, jak i lecznictwa w dzisiejszych trudnych gospodarczo czasach bardzo pożądanych, skoro się okaże możliwem i realnem uzupełnienie względnie zastąpienie bardzo kosztownego i dla szerszych warstw niedostępnego lecznictwa sanatoryjnego i posanatoryjnego, które dotychczas naogół nikłe w stosunku do nakładu pracy i kosztów dało rezultaty — jak to ścisłe daty statystyczne dowodnie wykazują.

Osobiście nie wątpię już dziś o dodatnich rezultatach, idąc śladem nowoczesnej myśli biologicznej i nowoczesnych poglądów o nieswoistej odporności opartych na najświeższych zdobyczach w dziedzinie mikrobiologji, cyto- i histobiologji wychodzących z ustalonej już oddawna przełomowej tezy Virchow'a: *„Omnis cellula e cellula"*, a zmierzających w nowoczesnem ujęciu do takich epokowych zdarzeń, za jaki niewątpliwie uważać należy rzekomy fakt złożenia przez amerykańskiego badacza — odznaczonego za prace w tej dziedzinie nagrodą Nobla Dougala — drogą syntezy protoplazmy i to protoplazmy żywej, bo wchłaniającej tlen, a wydzielającej CO_2.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

A. CHWALIBOGOWSKI i J. SOSIN. Lwów.

Niezwykły przypadek uduszenia przez wetchnięcie pudru u 12-miesięcznego niemowlęcia.

Z Kliniki pediatrycznej (Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer) i Zakładu anatomji patolog. U. J. K. (Dyr.: Prof. Dr. W. Nowicki).

Dnia 26 stycznia 1934 r. o godz. 8 rano przywieziono do kliniki *12-miesięczne niemowlę* z prowincji *z następującym wywiadem:* dnia poprzedniego o godz. 15 po zwykłej codziennej kąpieli, w czasie osuszania, dziecko rozpłakało się; matka, chcąc je zabawić, podała mu pudełko z pudrem. W pewnej chwili, odszedłszy na odległość kilku kroków celem przygotowania ubranka, usłyszała gwałtowny kaszel. Natychmiast podbiegła do dziecka i stwierdziła, że cała dolna część twarzy oraz szyja niemowlęcia pokryte są grubą warstwą pudru, opodal leży pudełko z rozmokłem, nadgryzionem wieczkiem, samo dziecko zaś, blade i sine, pręży się i kaszle bardzo gwałtownie, przyczem z ust jego wydobywa się obficie biały pył (puder). W czasie ataku kaszlu, utrzymującego się bez przerwy przez kilkanaście minut, wystąpiły wymioty, w treści których znajdował się również puder. Następnie dziecko uspokoiło się i, poza zmęczeniem oraz lekkiem pokasływaniem, nie wykazywało — zdaniem rodziców — żadnych szczególnych objawów. W pół godziny później wystąpił jednak znowu kaszel, a wkrótce potem ciężka duszność i sinica. Wezwany lekarz wstrzyknął środek nasercowy oraz przepisał lekarstwo wykrztuśne. Po kilku minutach kaszel uspokoił się zupełnie, stan dziecka nie poprawił się, jednak przeciwnie pogarszał się z godziny na godzinę. Lekarz, wzywany kilkakrotnie w ciągu nocy, za każdym razem stwierdzał coraz większy niepokój, duszność i sinicę. Z tego powodu skierował dziecko dziś rano do kliniki.

Po przyjęciu do kliniki stwierdzono *stan następujący:* 12-miesięczne niemowlę, prawidłowo rozwinięte, o dobrym stanie odżywienia, zwracało uwagę silnym niepokojem, wybitną dusznością oraz znaczną sinicą. Klatka piersiowa, beczkowato rozdęta, wykonywała szybkie i bardzo głębokie oddechy przy największym wysiłku wszystkich pomocniczych mięśni oddechowych. Jama ustna i gardło nie wykazywały, poza wybitną sinicą błon śluzowych, niczego szczególnego. Wypuk nad płucami był z przodu do 5 żebra, a z tyłu do kąta łopatki jawny z odcieniem bębenkowym, poniżej zaś przytłumiony, ale również bębenkowy. Przysłuchem stwierdzało się szmery oddechowe pęcherzykowe szorstkie, pokryte obficie trzeszczeniami oraz drobnemi rzężeniami. W górze przeważały trzeszczenia i rzężenia wilgotne, w dole rzężenia dźwięczne. Granice dolne płuc były wyraźnie obniżone, znajdowały się na wysokości 6—7 palców niżej kąta łopatki. W miejscu stłumienia sercowego wypuk był jawnobębenkowy, tony serca głuche i odległe. pokryte przez trzeszczenia i rzężenia z przednich odcinków płuc, które weszły między serce a ścianę klatki piersiowej. Tętno miernie napięte, średnio wypełnione i bardzo szybkie (150/min.). Jama brzuszna oraz narząd moczowopłciowy wykazywały stosunki prawidłowe. W zakresie systemu nerwowego stwierdzało się obniżenie odruchów fizjologicznych oraz rozszerzenie źrenic. Mocz nie zawierał żadnych składników patologicznych. Badanie krwi wykazało nieznaczną leukocytozę (10.900) z zaznaczonem przesunięciem na lewo (pałeczk. 15.5%, segment. 64.5%, monoc. 5.5%, limfoc. 14.5%) i aneozynofilją.

Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało w obrębie wnęk płucnych kilka jednostajnych, wysyconych cieni kulistych wielkości ziarna grochu oraz wybitną powietrzność górnych, a zmniejszoną dolnych pól płucnych. W polach środkowych i dolnych stwierdzało się ponadto obok plam wybitnie jasnych niejednostajne plamkowate i pasmowate zacienienia.

W klinice pomimo bardzo energicznego leczenia (środki uspokajające, nasercowe, wykrztuśne, tlen, kąpiele z polewaniem, układania dziecka w pozycji półsiedzącej, noszenie i t. d.) stan dziecka pogarszał się z każdą chwilą. Dziecko stawało się coraz bardziej sine i blade, oddechy coraz szybsze i płytsze, tętno coraz gorsze. Pod wieczór zmieniło się zachowanie dziecka, w miejsce lęku i niepokoju wystąpiła apatja, przerywana rzadko tylko krótkotrwałem zrywaniem się. W ciągu całego dnia dziecko nie kaszlało prawie zupełnie, dopiero w nocy wystąpiło słabe pokasływanie. Ciepłota ciała rano w chwili przyjęcia normalna (36.4), wzrastała stopniowo i osiągnęła pod wieczór 39.9, poczem pozostawała na tej wysokości (39.4—40.2) aż do chwili *zejścia śmiertelnego,* które nastąpiło nazajutrz, t. j. 27 stycznia o godz. 9.40.

Sekcja: Sekcję zwłok wykonano w trzy godziny po śmierci; stwierdzono, co następuje:

Zwłoki dziecka 12-miesięcznego, wzrostu odpowiedniego, budowy dobrej, odżywienia dobrego. Stężenie pośmiertne jeszcze nie wystąpiło. Skóra blada, plamy pośmiertne bardzo skąpe. Błony śluzowe od zewnątrz widzialne blado-sinawe. Głowa wielkości odpowiedniej, umiarowa. Czaszki nie otwierano. Klatka piersiowa beczkowata, wdechowo ustawiona. Opłucna blada, miejscami, zwłaszcza od przodu, pod opłucną widoczne są bańki powietrzne, dochodzące do wielkości grochu.



Ryc. 1.

Płuca są wybitnie powiększone i na brzegach porozdymane, ciężaru pomniejszonego. Powierzchnia płuc bardzo blada wykazuje liczne pozapadania ciemno-sino-wiśniowe, ostro odcinające się od otoczenia. Ogniska pozapadane rozrzucone są we wszystkich płatach; w górnych są one nieliczne, natomiast w dolnych płatach zajmują znaczne przestrzenie, po stronie prawej są one nieco większe, aniżeli po lewej stronie. Przy dotyku tych ognisk nie wyczuwa się zupełnie trzeszczenia, co świadczy o ich bezpowietrzności. Pozatem stwierdza się jeszcze gdzieniegdzie, zwłaszcza w okolicy przednich górnych części płuc, między poszczególnemi zrazikami płuc, banieczki wypełnione powietrzem *(emphysema interstitiale).* Na przekroju części bezpowietrzne są rozmieszczone przeważnie w obwodowych częściach płuc i ograniczają się ściśle do miejsc, odpowiadających polom zaopatrywania danych oskrzeli. W samych oskrzelach już gołem okiem widać białawe, zbite masy pudru, zamykające zupełnie lub też tylko częściowo ich światło. (Ryc. 1).

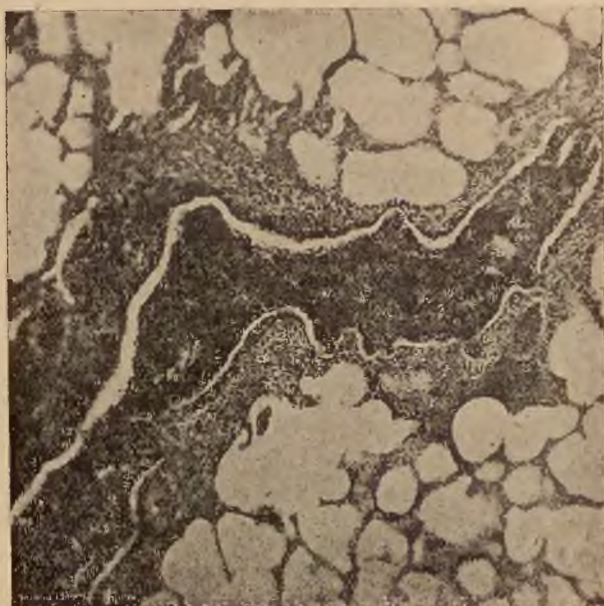
W tchawicy oraz większych oskrzelach błona śluzowa jest sinawo-czerwona i nieco rozpulchniona. Począwszy już od dolnej części tchawicy i oskrzeli I. rzędu, stwierdza się w ich świetle obfite, białawe, kleiste masy pudru, trzymające się ścian, jednak nierównomiernie dookoła, lecz przeważnie przy części błoniastej tchawicy. Masy te łatwo dają się usunąć.

Osierdzie zmian widocznych nie wykazuje.

Serce w wymiarze poprzecznym jest rozszerzone, mięsień jego miernie ukrwiony, dość wiotki. Pozatem w sercu widocznych zmian nie stwierdza się.

Tarczyca jest mała, blada.

Jama brzuszna: otrzewna zmian widocznych nie wykazuje. *Śledziona* jest wielkości odpowiedniej, wrębiasta, nieco przekrwiona. *Nadnercza* wielkości odpowiedniej i nieco przekrwione. *Nerki* wielkości odpowiedniej, ich budowa płatowa jest zaznaczona, na przekroju są one przekrwione o powierzchni lśniącej i rysunku prawidłowym. *Wątroba* jest powiększona, torebka jej gładka. Na górnej jej powierzchni występują wyraźnie bruzdy przeponowe, na przekroju jest nieco przekrwiona, lśniąca, żółtawa (gęsia), krucha. *Pęcherzyk i drogi żółciowe* są bez zmian. *Trzustka* wielkości odpowiedniej, dość blada, drobnoziarnista. *Żołądek* jest nieco wzdęty, jego błona śluzowa dość blada, cienka, gładka, lśniąca. W jego świetle znajduje się treść, zawierająca cząstki jeszcze niestrawionej pomarańczy. *Wyrostek robaczkowy* jest dość długi i cienki, na osobnej krezeczce. *Jelita* zarówno cienkie, jak grube, są nieco wzdęte, błona śluzowa ich dość blada, cienka, gładka, lśniąca. *Grudki chłonne i kępki Peyera* nieco powiększone. *Gruczoły chłonne, krezkowe i zaotrzewnowe* nieznacznie powiększone, dość blade.

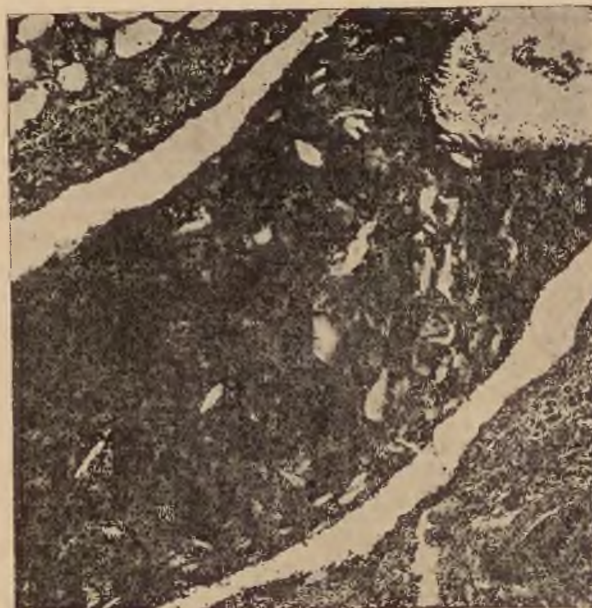


Ryc. 2.

Badanie histologiczne: Do badania mikroskopowego pobrano skrawki z różnych miejsc płuc. W ogólnym obrazie na pierwszy plan występują zmiany w oskrzelach i to nieco odmienne w oskrzelach drobnych, jak w grubszych. Naogół wszystkie oskrzela mają światło znacznie rozszerzone. W nich stwierdza się dwojaką zawartość, z jednej strony bezpostaciowe masy (pudru), szafirowo barwiące się hematoksyliną, a wśród nich różnopostaciowe przeźroczyste kryształy (najprawdopodobniej nieorganicznych składników pudru), z drugiej zaś strony ciałka ropne. Treść ta wypełnia miejscami zupełnie szczelnie światło oskrzeli. Stosunek tych bezpostaciowych mas do leukocytów różnie się przedstawia, zależnie od tego, czy chodzi o drobne, czy o nieco grubsze oskrzela. (Ryc. 2).

W rozszerzonych światłach oskrzelików *(bronchioli)* stwierdza się obfite ciałka ropne, zbicie obok siebie ułożone, o jądrach dobrze utrzymanych. Między niemi w małej ilości, tylko tu i ówdzie, pod postacią wąskich pasemek, są rozmieszczone bezpostaciowe szafirowe masy. Nabłonek tych oskrzelików jest przeważnie dobrze utrzymany, nieco obrzękły. Podobne obrazy stwierdza się także w oskrzelach, mających już mięśniówkę, z tem, że w tkance łącznej je otaczającej, naczynia krwionośne są wybitnie przekrwione. W tkance łącznej, otaczajacej oskrzeliki, stwierdza się nagromadzenie obfitych ciałek ropnych jedno- i wielojądrzastych. W pęcherzykach płucnych, leżących w najbliższem sąsiedztwie oskrzelików, stwierdza się drobne ilości składników zapalnych, oraz przekrwienie ich siatki naczyniowej. (Ryc. 3.).

W oskrzelach większych treść, wypełniająca w całości lub częściowo ich światło, wykazuje w zawartości przewagę mas bezpostaciowych, oraz dużą ilość kryształków. Ciałka białe są tu w małej ilości. Stan zapalny przedstawia się mniejwięcej tak samo, jak w powyżej opisanych oskrzelikach. Jedynie w otoczeniu większych oskrzeli zmiany zapalne są słabiej wyrażone lub ich brak.



Ryc. 3.

Miąższ płucny w zakresie miejsc, odpowiadających całkowicie zamkniętym oskrzelom, jest bezpowietrzny. Pęcherzyki płucne są pozapadane, a naczynia ich są rozszerzone i przepełnione krwią. W innych miejscach płuca pęcherzyki płucne są silnie rozszerzone, ściany ich ścieńczałe, a gdzieniegdzie poprzerywane.

Całość obrazu w miejscach, należących do zakresu zaopatrywania zamkniętych oskrzeli, odpowiada niedodmie zatykowej, w innych zaś miejscach ostrej rozedmie. Proces zapalny w oskrzelach należy uważać za wynik drażnienia, spowodowanego przez puder.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Atelectases dispersae e obturatione et emphysema acutum pulmonum. Dilatatio cordis dextri. Infiltratio hepatis adiposa. Hyperaemia organorum passiva.

Epikryza: Opierając się na danych anamnestycznych i obserwacji klinicznej oraz obrazie sekcyjnym i wyniku badań anatomo-patologicznych, przyjmujemy, że przebieg choroby w opisanym przypadku był następujący:

Do jamy ustnej i dróg oddechowych dostała się bardzo znaczna w stosunku do ich wielkości ilość pudru. Wypełniła ona usta i gardło, poczem wsypała się zarówno mechanicznie, jak i wciągnięta przy wdechu do krtani, tchawicy i grubych oskrzeli. Spowodu ostrej duszności, wywołanej zamknięciem względnie zwężeniem światła tchawicy i oskrzeli przez znaczną masę pudru, oraz spowodu nagłego podrażnienia śluzówki wystąpił gwałtowny kaszel z przyspieszonemi i przerywanemi wydechami oraz przedłużonemi i pogłębionemi wdechami.

Faza wydechowa umożliwiła wykaszlanie pudru tylko z ust i gardła, z krtani zaś i z dalszych odcinków środkowych dróg oddechowych mogła usunąć zaledwie nieznaczną jego część tak, że przeważna ilość ciała obcego, przylepiona dzięki zawartości mąki do wilgotnej ściany narządu oddechowego, pozostała w miejscu. Pewną przeszkodę przy wykaszlaniu pudru przedstawiały również słabe mięśnie oddechowe 12-miesięcznego niemowlęcia. W czasie głębokiej i długiej fazy wdechowej lotny puder rozpylił się po całych płucach, przedewszystkiem jednak dostał się — ze względu na szczególnie dogodne warunki — do dolnych płatów. Jak wynika z obrazów histologicznych, został on wętchnięty z powietrzem do średnich oskrzeli i zamknął częściowo lub całkowicie ich światło.

Dostanie się pudru do dolnych dróg oddechowych spowodowało jeszcze silniejsze podrażnienie do odruchowego kaszlu, z drugiej zaś strony spowodu zatkania oskrzeli wystąpiła duszność z pogłębionemi oddechami i sinicą. Kaszel pozostał nadal bezskutecznym, z pudru powstał bowiem w zetknięciu z obfitą

wydzieliną drażnionej obcem ciałem śluzówki rodzaj klajstru, który pęczniejąc, powiększał swoją objętość i przylegał coraz silniej do ścian oskrzeli. Spowodowane utrudnienie wydechu zwężeniem względnie zamknięciem światła oskrzeli, nasilony kaszel i coraz bardziej spowodu narastającej duszności pogłębiony wdech były przyczynami ostrej rozedmy płuc w partjach z prawidłowo drożnem lub nieznacznie tylko zwężonem światłem doprowadzających oskrzeli. Natomiast w częściach płuc z zupełnie zatkanemi oskrzelami przyszło do wessania powietrza i zapadnięcia pęcherzyków, t. j. do niedodmy. Pozatem spowodu drażnienia obcem ciałem zaczął się gromadzić w oskrzelach i oskrzelikach także wysięk zapalny, co wywołało dalsze zmniejszenie powierzchni oddechowej. To wszystko razem powodowało coraz większe pogłębienie się wdechów, co przy współudziale kaszlu stwarzało coraz większą rozedmę, coraz większy ucisk na siatkę naczyń, oplatających pęcherzyki płucne, i coraz gorsze utlenianie krwi. W obrazie klinicznym odpowiadała temu coraz większa duszność i sinica oraz tak znaczne osłabienie, że pomimo dalszego drażnienia przez obce ciało oraz pomimo postępujących zmian zapalnych już w kilka godzin po wypadku dziecko przestało prawie zupełnie kaszlać.

Ostateczną przyczyną śmierci było uduszenie przy równoczesnem wyczerpaniu mięśnia sercowego, który nie mógł podołać wymogom przerastającym jego siły.

Dr. Adam SYREK. Kraków.

Śmiertelny krwotok do jamy otrzewnej wskutek marskości wątroby.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych Uniw. Jagiellońskiego (Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki) i z Zakładu anatomji patologicznej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr. St. Ciechanowski).

Sporadycznie trafiające się rzadkie przypadki kliniczne nasuwają częstokroć takie trudności rozpoznawcze, że oświetlenie ich należyte możliwe jest dopiero po uwzględnieniu wyników oględzin lekarskich zwłok i danych przytem uzyskanych. Do takich przypadków zaliczyć należy także przypadek opisany poniżej, ciekawy ze względu na niezwykłą przyczynę i źródło krwotoku do jamy otrzewnej. Krótki jego opis wraz z opisem wyniku sekcji, oraz z wnioskami wysnutemi na podstawie spostrzegania klinicznego i obrazu anatomo-patologicznego podaję poniżej.

Dnia 8. I. 1934 r. przywieziono do Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. chorą F. M. lat 25, w stanie nieprzytomnym, która na pół godziny przed przybyciem do Kliniki dostała nagle silnych bólów brzucha i gwałtownie zbladła. Przypuszczając krwotok do jamy otrzewnej, natychmiast postanowiono wykonać otwarcie jamy brzusznej, poddając chorą w czasie przygotowywania do zabiegu operacyjnego badaniom, które ze względu na pośpiech i bardzo ciężki stan chorej nie mogły być całkiem dokładne. Ponieważ chora przez cały czas była nieprzytomna, brakło też dokładniejszych wywiadów. Dowiedziano się tylko od otoczenia, że chora od roku jest zamężna, a ostatnia miesiączka była 24. VIII. 1933 r. Badając, stwierdzono wybitną bladość skóry i błon śluzowych, ciepłotę ciała znacznie obniżoną do 34,6°, tętno 120 na minutę, słabo napięte, ruchy nieskoordynowane. Budowa kośćca prawidłowa, mięśnie dobrze rozwinięte, tkanka podskórna tłuszczowa w miernej ilości. W sutkach podściółka tłuszczowa i utkanie gruczołowe średnio rozwinięte, brodawki chwytne, małe, za uciskiem wydobywa się z nich czysty klej, obwódka słabo zabarwiona, gruczoły Montgomery'ego widoczne. Odruchy i czucie zachowane. Opukowo nad płucami wszędzie odgłos jawny. Brzuch silnie wzdęty, kulisty, pępek wygładzony, ruchy jelit niewidoczne. Badaniem ginekologicznem stwierdzono: Wargi sromowe bez zmian, wejście do pochwy szerokości dwu palców, krocze utrzymane, gruczoły Bartholiniego i okolica cewki bez zmian. Pochwa szerokości dwóch palców, na palec długa, część pochwowa rozpulchniona, ujście przepuszcza palec. Macica poruszalna, trzon macicy powiększony, odpowiada kilkumiesięcznej ciąży, dno sięga prawie do pępka, sklepienia wolne, przydatki niebadalne.

Stan chorej pogarszał się z każdą chwilą. Po przygotowaniu pola operacyjnego otwarto jamę brzuszną na przestrzeni od spojenia łonowego aż do pępka. Po otwarciu znaleziono w jamie brzusznej około 3 litrów krwi, częścią świeżej płynnej, a częścią skrzepłej, p r z e w a ż n i e w g ó r n e j p o ł o w i e j a m y o t r z e w n e j. Macica sięgała prawie do pępka. Przedłużono ranę operacyjną do 4 cm ponad pępkiem. Krew skrzepłą częściowo usunięto i przeprowadzono transfuzję krwi z jamy brzusznej do żyły łokciowej prawej w ilości około 200 cm^3. W czasie zabiegu stwierdzono, że wątroba jest znacznie pomniejszona, twarda, guzkowata, inne narządy bez zmian. Pomimo zastosowania wszelkich środków leczniczych chora zmarła przed ukończeniem zabiegu operacyjnego.

Następnego dnia przeprowadziłem obdukcję zwłok w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. (prot. sekcj. 30/34). Z protokołu sekcyjnego przytaczam tylko zmiany ważne dla tego przypadku. Budowa prawidłowa, odżywienie dobre, wybitna bladość skóry i błon śluzowych. W powłokach brzusznych znajduje się rana operacyjna świeża, biegnąca od spojenia łonowego do wysokości 4 cm ponad pępkiem. Brzegi rany są połączone kilkoma szwami węzełkowemi, w głębszych warstwach szwami piętrowemi. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem w niej około 2 litrów krwi płynnej ciemnoczerwonej, rozlanej po całej jamie brzusznej, oraz trochę skrzepów ciemnoczerwonych. Ułożenie trzew ogólnie prawidłowe; macica powiększona, dnem sięga aż do pępka, wątroba kryje się pod łukiem żebrowym, śledziona znacznie powiększona. Naczynia w jamie brzusznej bardzo znacznie rozszerzone, przeważnie puste. W dużych naczyniach żylnych ani tętniczych nie zdołałem odszukać pęknięcia widocznego gołem okiem, a mogącego być przyczyną krwotoku do jamy otrzewnej. Wątroba do połowy pomniejszona, o wymiarach 17×13×10 cm, waży około 1150 g, konsystencji twardej, zbitej, o powierzchni nierównej, gruboziarnistej, (ziarna od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego), o brzegach tępych, nierównych, o torebce zgrubiałej, białawej. Na przekrojach miąższ barwy szarawo-różowawej, miejscami szarawo-żółtawej, o rysunku zupełnie zmienionym, o budowie niejednostajnej, nieregularnie gruboziarnistej, mało wilgotny. Śledziona bardzo znacznie powiększona, o wymiarach 24×14×8 cm, wagi około 550 g, kształtu zachowanego, twarda, zbita, o torebce dość cienkiej, gładkiej, silnie napiętej. Na przekrojach miąższ barwy ciemnowiśniowej, gładki, wilgotny, nie obiera się na nożu. Nerki wielkości i kształtu zachowanego, twardsze, o torebkach cienkich, gładkich, łatwo dających się oddzielić, o powierzchniach równych, gładkich. Na przekrojach miąższ obu nerek barwy sinawej, gładki, wilgotny, rysunek utrzymany, wyraźny. Macica powiększona, wiotka, o wymiarach 18×14×8 cm. W macicy znajduje się jaje płodowe, zawierające płód płci męskiej, około V. m. ks. W dolnej części przełyku naczynia żylne o przebiegu wężykowatym, niejednostajnie porozszerzane, przeświecają sinawo poprzez bladą błonę śluzową. Błona śluzowa żołądka i jelit znacznie przekrwiona, zresztą bez żadnych zmian. W innych narządach poza wybitną niedokrwistością zmian żadnych nie stwierdziłem.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne brzmiało: *Laparotomia explorativa l. a. f. Cirrhosis hepatis atrophica. Haemorrhagia ad cavum peritonei. Anaemia maioris gradus. Induratio cyanotica lienis et renum. Varices oesophagi. Graviditas IV. m. Synechiae pleurales fibrosae ambilaterales nonnullae.*

Badanie mikroskopowe wycinków z różnych miejsc wątroby w preparatach barwionych hematoksyliną-eozyną i sposobem W e i g e r t - V a n G i e s o n a dało obraz następujący: Tkanka łączna bardzo silnie rozwinięta, nieregularnemi pasmami różnej grubości wnika między wyspy tkanki wątrobnej, pierścieniowato je otaczając, tworząc w niektórych preparatach szerokie smugi, między któremi znajdują się tylko drobne wysepki komórek wątrobnych, o jasnej protoplazmie, o jądrze jasno się barwiącem, bez wyraźnego układania się w beleczki wątrobne. W innych preparatach zaś tkanka łączna mniej obficie rozwinięta, cienkiemi pasemkami otacza całe lub części zrazików, lub wyspy tkanki wątrobnej różnej wielkości, wnikając też delikatnemi smugami pomiędzy poszczególne beleczki wątrobne. W tkance łącznej gdzieniegdzie tylko widoczne nacieki zapalne przewlekłe, oraz licznie rozwinięte przewody żółciowe.

Śmiertelny krwotok do jamy brzusznej, wnosząc z obrazu sekcyjnego, gdzie nie znalazłem pęknięcia żadnego większego naczynia krwionośnego tak żylnego, jak i tętniczego, oraz ze stwierdzonej przy laparotomji przewagi krwi i skrzepów w górnej części jamy otrzewnej pod wątrobą, powstał najpewniej wskutek nagłego pęknięcia przepełnionych naczyń żylnych w sieci mniejszej.

Krwotoki w przypadkach marskości zanikowej wątroby są wogóle w 8% przyczynami zejść śmiertelnych, przyczem najczęściej bywają niemi krwotoki z żylaków przełyku, a potem krwotoki z żołądka i z jelit. Natomiast krwotoki z żył sieci mniejszej należą prawdopodobnie do bardzo rzadkich. Krwotok z żył sieci mniejszej, prawdopodobnie żylakowato wskutek marskości zmienionych, tłumaczyćby można w myśl wywodów P i c k a (Virchows Arch. T. 197) wrodzoną niedostatecznością innych dróg obocznych, które miałyby za zadanie odprowadzenie nadmiernej ilości krwi z przewodu pokarmowego poprzez odpowiednie połączenia do żyły głównej górnej.

Z tych też względów, podkreślając jeszcze młody wiek (25 lat), gdzie marskość zanikowa wątroby również należy do rzadkości, przypadek nasz zasługuje na uwagę, stanowiąc przyczynek do kazuistyki krwotoków do jamy otrzewnej. Brak danych z wywiadów i brak dodatkowych badań klinicznych nie pozwala w tym przypadku wyjaśnić przyczyny marskości zanikowej wątroby. Ciąży w przypadku naszym nie można przypisać żadnego znaczenia w powstaniu krwotoku. W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem przypadku podobnego do naszego.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Zagadnienie przemiany gatunków w świetle całokształtu nauk przyrodniczych.

Z uwzględnieniem nauk lekarskich.

(Zamiast krytyki książki Dr. A. Mignona).

Polska Gazeta Lekarska przysłała mi do oceny książkę pod tytułem: *Pour et contre le transformisme — Darwin — Vialleton.* Autor jej Dr. A. Mignon. Stron 518 (521). Całość złożona z 5 części. Wydanie, mówiące już o powadze książki: *Masson et Cie. Éditeurs. Libraires de l'Academie de Médicine.* Zabrałem się w odpowiednim nastroju do roboty. W miarę jak czytałem powstawała we mnie myśl, by to, co omawia książka, połączyć z całokształtem wiedzy na tem polu. Porozumiałem się w tej sprawie z Redakcją P. G. L., która najchętniej się na to zgodziła. Rozpocząłem pracę.

Na wstępie streszczę książkę Dr. A. Mignona.

Zestawia on poglądy Darwina i Vialletona na przemianę gatunków, zwraca uwagę na dane paleontologiczne i embrjologiczne, przytaczane przez Vialletona a zachwiewające naukę Darwina. Poglądy Darwina bardzo jasne stają się w świetle bardzo drobiazgowych badań Vialletona mniej uchwytne i w wielu punktach zagadkowe. Całe zjawisko jest jeszcze tematem do dalszych badań. Darwin ma wielu zwolenników, są i tacy, którzy przyznają słuszność Vialletonowi i długo trzeba będzie czekać na ostateczne rozstrzygnięcie. Mignon znajduje wiele słuszności w poglądach Vialletona na zjawiska w rodzaju mutacji i wiele innych. Grają one ważną rolę w przemianie gatunków. Z tajemniczych sił składa się ten mechanizm i ma on w swych szczegółach wiele nieuchwytnych czynników. Książka Mignona ma wszystkie cechy bardzo głęboko pomyślanego naukowego dzieła. Wartość jej oceni każdy, który uważnie ją przestudjuje. Piszący te słowa, pamiętający jeszcze nader żywo natchnione wykłady uczonego tej miary co Prof. Dr. J. Nusbaum-Hilarowicz, widzi problem ów opisany przez Mignona nader wyraziście i bardzo ciekawym jest dlań prócz samej wymienionej wielkiej pracy, zestawienie tej ostatniej z pracą Prof. Dr. F. Šambergera („*O vzniku a vyvoji života*". Praha 1933) [1]). Czeski uczony uważa początek życia za zależny od wpływów kosmicznych, a tworzenie się jestestw za ściśle określone, obecnie prócz innych tworzą się jestestwa ludzkie, w dawnych epokach nie było tego, człowiek nie rozwijał się, a to co wtedy było, nie było przygotowaniem do stworzenia człowieka. Człowiek powstał tylko jako człowiek, małpa nie była jego protoplastą. Nauka Darwina, ujęcie problemu krytycznie przez Vialletona i teorja Šambergera stanowią ciekawe zestawienie. Darwin bierze wszystko bardzo po ziemsku, Vialleton nie jest tak tego pewny, Šamberger jest w założeniu kosmiczny i dzisiaj najpoczytniejszy. Wszystkie teorje mają coś, co można przyjąć. Dobór naturalny, walkę o byt od Darwina, znaczenie badań paleontologicznych i morfologicznych w badaniu transformizmu od Vialletona, poglądy na zjawiska mutacji, wyniki doboru sztucznego i znaczenie genów od Mignona, kosmiczny poniekąd początek życia gatunków i człowieka od Šambergera. Ale o wszystkich tych problemach można dyskutować. Weźmy np. dobór płciowy, składnik doboru naturalnego. Któż zaprzeczy jego istnieniu. Widzimy go na każdym kroku. Nie wiadomo jeszcze, jak on się przedstawia u pierwotniaków, u jamochłonów np. stułbij, u szkarłupni, mięczakowatych, osłonnic i robaków, ale są już pewne wyraźne dane u mięczaków, jeszcze wyraźniej u członkonogich (pajęczaki, owady), a u kręgowców jest on nader wyraźny. Zwłaszcza ptaki i ssaki mają go w postaci nader efektownej i ciekawej. U ptaków jest w doborze płciowym niemało romantycznych momentów. Ssaki nie mają ich tyle i dopiero widoczne są one czasem u ludzi. Na cóż jest dobór płciowy? Chodzi tu o to, aby rezultat tego doboru — młode pokolenie — miało najlepsze siły dla walki z przeciwnością i żeby drogą naturalnego doboru cała generacja się wzmocniła. Dobór płciowy istnieje więc w rzeczywistości. A walka o byt? Gdzież jej niema? Jaskrawą jest u ludzi i zwierząt, a w głębinach mórz jest okrutną, tam nawet czasu nie staje na zaloty miłosne, samica wędkowców świecąc sobie jarzącą się fosforycznie latarką własną, pożera masy rybek, a samiec jest do niej przyrosły, mały, nędzny, omal tylko z genitaljów złożony, bo samicy brak czasu, by zajmować się miłością, tak jest pochłonięta walką o byt. Dobór naturalny i walka o byt istnieją.

A czyż i w mozolnych badaniach paleontologicznych i embrjologicznych Vialletona niema słuszności? Świat zwierzęcy nie okazuje takiej ciągłości jak chce Darwin, ma się wrażenie, że przynajmniej dwa razy cała fauna ulegała zagładzie i że obecna jest trzecią zrzędu. W okresie paleozoicznym (wiele miljonów lat trwającym) obejmującym formacje sylurską, dewońską, węglową i permską była fauna zupełnie niepodobna do żadnej, w okresie mezozoicznym (trias, juras, kreda) żyły potwory, których już dziś niema i tylko w głębiach oceanów żyją dziś nieliczne skarłowaciałe formy tych postaci, reszta znikła w jakichś strasznych kataklizmach, nastał okres trzeciorzędu, a więc formacja eo-, mio- i plioceniczna, wreszcie okres antropozoiczny t. j. dyluwjum i aluwjum — w całym tym czasokresie było już życie podobne do obecnego, wprawdzie pewne formy wymarły, pewne nie przetrzymały potopu, ale całość jest podobna, — z końcem dyluwjum zjawił się człowiek. To wszystko zaznacza się przy badaniach paleontologicznych i embrjologicznych Vialletona.

A teraz Mignon; któżby się nie zgodził ze zjawiskami mutacji, jakiej jaskrawy przykład zauważył de Vries u wiesiołka Lamarcka, a zresztą dobór sztuczny polega na wyzyskaniu prawa zmienności. Tajemnica genów jest jedną z najgłębszych. Ludzie wyzyskują praktycznie niektóre spostrzeżone zjawiska. Popatrzyć wystarczy na niezliczone odmiany psów. Są one pokrzyżowane w najdziwniejszy sposób i zawsze dadzą tylko psa, a więc metysa. Pokazało się jednak, że udało się krzyżować i gatunki, których potomstwo, a więc hybrydy nie muszą być niepłodne (ryby, owady). Dużo jest jeszcze tajemnic i o wielu jeszcze się dowiemy.

Jak się zapatrywać na poglądy Šambergera. Człowiek powstał jego zdaniem wtedy, gdy nastały dlań warunki w przyrodzie. Powstał samoistnie jako taki. Małpa nie była jego poprzednikiem. Autor zbliżył się do Linneusza i Cuviera a to zbliżenie się umotywowane jednak odmiennie, bo kosmicznym początkiem łącznie z wątpliwościami Vialletona i zapatrywaniami Mignona, przyczynia się znacznie do osłabienia teorji Darwina i zapatrywań Lamarcka. Wprawdzie wygląd człowieka z Jawy przed 500 tysiącami lat mocno przypomina małpę, ale już człowiek heidelberski sprzed 400 tys. lat i neandertalski sprzed 300 tysięcy lat są do małpy niepodobni i przedstawiają (szczególnie czł. heidelberski) potężny okaz ludzki mięśniowego typu, o stosunkowo wydatnej twarzy, a z niskiem, w tył cofniętem czołem i względnie małej, w stosunku do dzisiejszego człowieka, jamie czaszkowej. A może za człowieka sprzed pół miljona lat uważamy jakąś małpę człeko-kształtną z Jawy, zbyt wielka jest bowiem różnica w porównaniu z okazem sprzed 400 tys. lat. Dalsze badania zapewne to wyjaśnią.

Człowiek powstał — według Šambergera — równocześnie w kilku miejscach ziemi. Niewątpliwie warunki życia tamże były różne. Człowiek ten był niewątpliwie w miejscach tych odmienny. Może był to człowiek biały, żółty i czarny, pierwotne rasy Cuviera, z których utrzymały się grupa krwi II dla rasy białej, III dla żółtej i I dla czarnej. Z tego możnaby — w myśl danych z antropologji — wnosić, że pierwszy człowiek biały należał do typu nordycznego, t. j. północnego, bo grupa II cechująca ten typ jest jedyną właściwą dla rasy białej, a inne typy tej rasy mają grupę krwi wspólną z rasą żółtą, lub czarną. Nie będę tutaj zajmował się tem, w jaki sposób z 3 ras Cuviera zrobiły się dzisiejsze, czy w istocie pierwszy człowiek biały był nordyczny czy nie, czy człowiek pojawił się w jednem miejscu ziemi czy w kilku, tę rzecz zostawiam innym. Wiadomo, że później pomieszało się to wszystko i dzisiaj trzeba uczonych antropologów tej miary, co Prof. Dr. J. Czekanowski, by tę rzecz rozwikłać i wogóle w tem się naprawdę wyznać.

Jeśli chodzi o typy somatyczne, to początkowo żyli przeważnie mięśniowcy, musieli bowiem takie mieć mięśnie, aby podołać życiu. Dopiero sczasem w miarę cywilizacji nastało wyróżnienie, zjawiły się postacie kształtne o mniej wydatnych mięśniach, a obok nich asteniczne i pykniczne. Te ostatnie opanowały świat. Spryt życiowy, „intelekt w sensie duszy cielesnej" — jak to znakomicie określił Tomanek (P. G. L. 1934. 26) — stał się często udziałem pykników. Pewien odłam asteników przoduje

---

[1]) Ref. w P. G. L. Nr. 38. 1933. (Ocena Prof. Dr. Leszczyńskiego).

wyższością duszy właściwej, stanowiąc ludzi myśli twórczej. Obok asteników, pykników i mięśniowców znamy dziś mnóstwo typów i o tej kwestji nie będę tutaj mówił, gdyż omawiałem ją niejednokrotnie w mych rozprawach, dotyczących typów. Od czasu do czasu zjawiają się ludzie genjalni, są to nadludzie, mający „nad-ja", których mózg jest większą zagadką jak przeciętny. Kretschmer twierdzi, że mieszaniec rasowy w obrębie jakiejś populacji ma najwięcej warunków, aby genjalne geny się ujawniły, aby wyszły z wiekowego ukrycia. Rodzi się pytanie, czy będą kiedyś nadludzie? Šamberger zaprzecza temu. Nie ma danych na to. Ludzie będą tylko coraz wyżej szli w swej cywilizacji, ale będą ludźmi. A gdyby nastały jakieś żywiołowe kataklizmy, znikłoby obecne, a na jego miejsce zjawiłoby się nowe życie. Wtedy na czele jego stanąłby nadczłowiek, jakiś drobny astenik z olbrzymią głową, typ zbliżony do przedstawicieli typu głowowego, pod jego kierownictwem pracowałby dopiero człowiek myśli, czynu i fizycznej pracy. Zdaje się jednak, że do tego nie dojdzie, a genjusz będzie jedynym reprezentantem nadludzkości. Niema bowiem widoków, by teraźniejsza epoka ziemi rychło się zmieniła (przesunięcie się środka ciężkości ziemi poburzyć może wiele, ale nie zniszczy całego życia obecnej epoki).

I jedno jeszcze pytanie, które się nasuwa, gdy się interpretuje teorję Šambergera. Jeżeli twory żywe na ziemi stworzone zostały siłami kosmicznemi, czy na planetach okrążających gwiazdy stałe nie znajdują się warunki do tego, by istniało życie, czy też nie mogło się to stać, czy warunki nie mogły tam być tysiąckroć lepsze? Licząc, że jedno na sto tysięcy słońc ma planety, może we wszystkich galaktykach istnieć 20 miljardów takich słońc, a licząc, że każde ma przynajmniej 2 planety o możliwych dla życia warunkach, jest 40 miljardów takich ciał niebieskich, które mogłyby być siedliskiem życia. Mogłoby ono być tak wspaniałe, jak świat wizyj po *Anhalonium Lewinii,* a nawet wielokroć piękniejsze. Lecz próżneby były myśli o tem, bo i sam Šamberger na to nam nie odpowie. Wystarczy nam ten świat, który znamy, a właściwie chcielibyśmy poznać, ale wiele do tego brakuje. Podczas gdy wszelkie myśli o możliwości życia poza ziemią muszą się skończyć przyznaniem się do niewiadomości, mogą myśli i badanie życia na ziemi być dla nas z pożytkiem.

Jeżeli spojrzymy teraz na to, co się dzieje w świecie naukowych wynalazków, ogarnie nas podziw. Pierwiastki przechodzą w siebie i to nietylko te, o których powszechnie to wiadomo (uran, aktyn, tor, polon, rad, niton, promieniotwórcze pierwiastki będące przejściem do ołowiu, hel) ale i inne (promieniotwórczy azot, takiż krzem i fosfor) będące izotopami, podobnie jak niepromieniotwórczy izotop t. zw. „ciężki" wodór; pierwiastek radjoaktywny 93, nowy, „syntetyczny". Wiemy, że zetknięcie protonu z elektronem, to czysta energja (foton) a materja to tylko inny jej „stan skupienia", że może jeszcze jest coś innego, co nie jest materją, ani energją, inny „stan skupienia praistoty świata". Może on tylko istniał przed 200 biljonami lat „gdy w próżną przestrzeń wlały się strumienie energji promienistej o długości fali mniejszej od 1,3 . 10^{-13} cm (J. Jeans)" i powstał wszechświat. Znamy dziś obojętne neutrony o masie zbliżonej do atomu wodoru, znamy pozytrony (elektrony dodatnie), zdołano już nawet energję przemienić w materję, a więc dokonano odwrotnej reakcji wobec energetyzacji materji. (Kiedy w 1924 r. pozwoliłem sobie napisać w przypisku, że dwoma procesami a to materjalizacją energji i energetyzacją materji idzie wszystko w świecie — nie przyjęto tego życzliwie, a dzisiaj jest to już faktem). Znamy teraz promienie kosmiczne, w wielkiej dawce prawdziwe „promienie śmierci", w małej „promienie życia" (Marzecki). A bardzo krótkie fale elektryczne lub radjoemisja w układzie nerwowym (N. Kraińskij) czyż nie stanowią nowości. To jednak nie wszystko. Znamy jeszcze więcej nowych poglądów. Wymienię je tylko. Przyrodnicze: niektóre bakterje przechodzą w siebie nawzajem (J. Kostrzewski P. G. L. 1933. 27); nie są one same tylko przyczyną chorób zakaźnych, ale i inne towarzyszące czynniki (nawet kosmiczne): w meteorytach znaleziono ponoś we wnętrzu zarodniki bakteryj całkiem nieznanych. Bakterje przybyły z zaświatów. Może i zarzucona teorja panspermji ma rację bytu. Każda komórka ludzka jest podobno stacją radjową odbiorczą i nadawczą a nasza *psyche* jednostkowa i zbiorowa zależy od fal elektrycznych, płynących ze słońca i gwiazd. Kosmiczne: słońce jest ciemne i zimne, ale wysyła fale elektryczne i inne, które w naszej atmosferze przechodzą w światło i ciepło (teorja brzmi dziwnie, słońce, w którego wnętrzu miało dotychczas być 32 miljonów stopni ciepła, nagle zeszło do zimnej bryły). Ziemia nie obraca się po elipsie, lecz po linji spiralnej (słońce staje się lżejsze, wskutek promieniowania i coraz słabiej przyciąga); teorja Kanta-Laplace'a ma znaczenie przy formowaniu się wielkich objektów kosmicznych, ale przy powstawaniu planet naszego słońca nie miała zastosowania, tylko teorja przypływowa (słońce ma 10 razy starszy wiek od planet); w ciągu istnienia ziemi obiegło słońce Drogę mleczną 4 razy. Fizyczne: ciało w ruchu jest cięższe, niż w spokoju. Podałem zaledwie cząstkę wiadomości. Resztę opuściłem spowodu braku miejsca. Postęp wiedzy jest potężny, oszałamiający.

Zapytajmy teraz, czy postęp ten jest w naukach czysto przyrodniczych taki, jak w fizyce, chemji i astronomji? Niestety nie. Jeżeli gdzie styka się z fizyką lub chemją, tam zdaje się być większy (Roentgen, elektrokardjografja, chemizm ustroju i t. p.) ale tam, gdzie chodzi o problemy czysto biologiczne, jest stosunkowo mały. Przeszkadza mu niezbadany i tajemniczy problem życia. Nauka fizyki i chemji ma fundament, na którym się opiera, fundamentem nauk przyrodniczych jest życie, którego zupełnie nie znamy. A ileż trudu poświęcono temu zagadnieniu, może więcej jak atomom i podczas gdy atomy są już tak dobrze znane, że je można sztucznie przebudowywać, a nawet udało się zrobić całkiem nowy pierwiastek i użyto do tego energji, czyż można o czemś podobnem marzyć w naukach biologicznych. Powiedział jeden uczony, że właściwa biologja, to czysta empirja i miał sporo słuszności. Genjalne umysły wydobyły z nauk przyrodniczych bardzo wiele, ale pomyślmy, coby to było, gdyby znana była podstawa i w miejsce empirji weszło tylko badanie ścisłe w pojęciu np. fizyki. Cała ludzkość chciałaby np. uwolnić się od nowotworów złośliwych, są instytuty, w których bez przerwy wre praca, dowiedziano się dużo, Warburg ogłasza co pewien czas wyniki swych genjalnych badań, a ludzie o ile ich bardzo wcześnie nie zoperują, po krótszych i dłuższych męczarniach idą w zaświaty. Mówiono swego czasu, że człowiek mający nowotwór złośliwy to istota, która zboczyła z fizjologicznej drogi życia i chce przeistoczyć się w jakiś twór nowy, ale nim zacznie to robić, ginie. Tu niema warunków do tego. Mała pociecha. I znowu hipoteza. Ile ich jeszcze będzie! A ludzie będą umierali dalej na dobrze rozpoznany nowotwór, po wyżyciu wielu flaszek *Decoctum Condurango.* A może gdybyśmy znali życie, prędzejby się poradziło na to. Jeżeli znamy przyczynę uleczalnej choroby, jest już dużo lepiej, a przecież gdybyśmy znali życie bakteryj do dna i życie chorego również do dna, efekt leczniczy byłby dużo szybszy. Leczenie chorych na wewnętrzne schorzenia. — jakie nieraz daje wspaniałe wyniki, choć jest wymierzone głównie w system nerwowy! Podnieść chorego na duchu, znaczy nieraz więcej, niż wszystko. Ale tam, gdzie to nie pomaga, jak w chorobach nieuleczalnych, znajomość istoty życia bardzoby się nam przydała.

Często ma miejsce Zjazd Uczonych-lekarzy, dotyczący jakiegoś problemu związanego z nieuleczalnem cierpieniem. Właśnie dlatego jest ten Zjazd, żeby z nieuleczalnego cierpienia zrobić uleczalne, podać nowe myśli, któreby można wykorzystać dla usunięcia choroby. Zjazd jest często imponujący. Po wysłuchaniu referatów dowiadujemy się o chorobie bardzo wiele szczegółów i mamy uczucie, żeśmy się wiele dowiedzieli, bo to się istotnie stało. Wróciwszy spowrotem do pracy, widzimy, że ludzie dalej umierają na tę chorobę tak, jakby śmierć szydziła z wszystkich naszych wysiłków. Dlaczego to się dzieje? Dlaczego mimo naszej wiedzy jesteśmy czasem tak bezsilni. Bo nie znamy istoty życia, a nie znając jej, nie możemy ustroju uchronić od śmierci. A kiedyż wreszcie poznamy tajemnicę życia? Kiedyż się to już stanie? Kiedy uczony przyrodnik nie będzie związany z empirją, kiedy będzie mógł pracować tak, jak fizyk lub chemik. Odpowiedź na to bardzo smutna. Niewiadomo. Wobec tego, że to cośmy kształcąc się przebyli jest zaledwie 300 miljonową częścią czasu, który nas czeka, pytać się trzeba co będzie, gdy za miljony lat weźmie się do badań ówczesny człowiek, ze swoją gigantyczną aparaturą, ze swojemi wiadomościami z fizyki i chemji i innych nauk ścisłych? Co powie on o teorji Darwina, Vialletona, Šambergera, co powie o zapatrywaniach Mignona? Jak będzie wyglądała medycyna? Próżno silić się na przepowiednie. Ale ma się to wrażenie, że przyroda nie zdradzi nam rychło tajemnicy życia, która — jak mówi J. Jeans — jest być może szczytem, do którego dąży wszechświat.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Filip HALPERN. Lwów.

Sprawozdanie przychodni przeciw-reumatycznej przy Szpitalu żydowskim we Lwowie za czas od 5. XI. 1931 — 31. XII. 1933.

Dnia 5. XI. 1931 r. uruchomioną została przychodnia przeciwreumatyczna pod kierownictwem prym. Dr. P i s e k a przy szpitalu żydowskim we Lwowie. Przychodnia ta mieściła się od dnia otwarcia do dnia 1. XII. 1932 w ambulatorjum chirurgicznem

i czynną była dwa razy tygodniowo, następnie przeniesiona została do własnego lokalu; obecnie uruchomiono elektroterapję (lampa kwarcowa, solluks, kąpiel czterokomorowa i t. d.).

Od dnia 5. XI. do 31. XII. 1931 przychodnia udzieliła porad lekarskich 28 chorym; od dnia 1. I. do 31. XII. 1932 — 220 chorym; od dnia 1. I. do 31. XII. 1933 202 chorym, czyli łącznie od chwili powstania 450 chorym, z tego 316 kobietom i 134 mężczyznom.

Z tych 450 chorych odesłano jako nadających się do leczenia: 1) do ambulatorjum neurologicznego 55 chorych; 2) do ambulatorjum wewnętrznego 15 chorych; 3) do ambulatorjum chirurgicznego 3 chorych. Razem 73 chorych. Wobec tego pozostało w leczeniu przychodni 377 chorych.

Do dodatkowego badania odesłano: 1) do instytutu rentgenologicznego 8 chorych; 2) do ambulatorjum laryngologicznego 12 chorych; 3) do ambulatorjum stomatologicznego 32 chorych.

Statystykę co do rodzaju schorzeń reumatycznych u tych chorych podajemy w poniższej tabeli wedle ogólnie stosowanego mianownictwa, a dopiero w tym roku zastosujemy mianownictwo podane przez Polskie Towarzystwo Zwalczania gośćca.

		chorych
1)	*Polyarthritis rheumatica acuta et subacuta*	23
2)	*Polyarthritis rheumatica chronica*	24
3)	*Polyarthritis non rheumatica acuta et subacuta*	19
4)	*Polyarthritis non rheumatica chronica*	33
5)	*Omarthritis rheumatica*	84
6)	*Coxitis rheumatica*	4
7)	*Arthritis urica*	7
8)	*Arthritis deformans*	14
9)	*Rheumatoides climacterica*	18
10)	*Polyarthritis chronica primaria*	7
11)	*Spondylosis deformans*	3
12)	*Arthrolues*	1
13)	*Arthritis psoriatica*	2
14)	*Osteoarthrosis statica (pes planus)*	70
15)	*Rheumatismus musculorum*	39
16)	*Syringomyelia*	1
17)	Bez zmian przedmiotowych	13
18)	Bez zmian rozpoznania spowodu niezgłoszenia się do powtórnego badania	15
	Razem	377

Z zestawienia powyższego widoczna jest znaczna przewaga materjału kobiecego, oraz wielka częstość *Osteoarthrosis statica (pes planus)* i *Omarthritis rheumatica*.

Leczenie: We większości przypadków stosowaliśmy leczenie salicylatami z rozmaitemi wynikami, baczniejszą uwagę zwróciliśmy na leczenie bodźcowe nieswoiste a to preparatami: a) *Yatren-Casein* słaby (B a y e r); b) *Acid. formicarum cum Natr. silicic.* (L a o k o o n). W roku 1932 stosowaliśmy w 30 przypadkach *Yatren-Casein* słaby w dawkach od 0.10—0.30 cm³ domięśniowo co drugi dzień w następujących przypadkach:

1)	*Polyarthritis rheumatica subacuta*	5
2)	*Polyarthritis rheumatica chronica*	8
3)	*Omarthritis rheumatica*	17

Dodatnie wyniki mieliśmy w 16 przypadkach, czyli w 53%.

Z końcem roku 1932 zaczęliśmy stosować domięśniowo *Acid. formicic. 0.0005 cum Natr. silicic. 0.002* (L a o k o o n) w odstępach co 6 dni ogółem 5—6 zastrzyków na leczenie w następujących przypadkach:

		Ogólna ilość	wyleczono	z poprawą	bez poprawy
1)	*Polyarthritis rheum. chron.*	5	1	3	1
2)	*Polyarthritis rheum. subac.*	3	1	1	1
3)	*Omarthritis rheum.*	20	6	10	4
4)	*Polyarthritis chron. primaria*	3	0	2	1
5)	*Arthritis urica*	1		1	
6)	*Spondylosis deformans*	1			1
7)	*Rheumatismus musculorum*	3	1	1	1
		36	9	18	9

Korzystny wynik otrzymaliśmy przy nieswoistem bodźcowem leczeniu kwasem mrówkowym w 75%.

Pod koniec roku 1933 zaczęliśmy stosować w miejsce *Yatren-Casein* (B a y e r) odpowiedni preparat krajowy *Yochinol-Casein* (K l a w e), który obecnie znajduje się w stadjum prób i zdaje się być preparatem równorzędnym z *Yatren-Casein'ą*.

Jak na wstępie wspomniałem, przychodnia nasza wyposażoną została we wszystkie nowoczesne urządzenia i aparaty elektrolecznicze i wobec tego istnieje uzasadniona nadzieja, że zastęp chorych korzystających z porad oraz leczenia przychodni będzie się stale zwiększał.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 14. 1934. B u r i a n Fr.: Co powinien wiedzieć lekarz praktyk o chirurgji plastycznej i estetycznej. — M a r z e c k i J.: Wpływ współczesnych nauk przyrodniczych na rozwój filozofji medycyny. — F e n c z y n J.: Spostrzeżenia kliniczne w przypadkach ziarnicy złośliwej, obserwowanych w klinice lekarskiej U. J. w latach 1922—1932. (dok.).

Lekarz Wojskowy. T. XXIV. Nr. 3. 1934. M a s z a d r o K.: Wychowanie i wyszkolenie lekarza wojskowego. — K a w i ń s k i J.: Zadania Sekcyj Sanit. Tow. Wiedzy Wojskowej i program prac na najbliższy okres. — D o b r z a ń s k i A.: Cierpienia bocznych zatok nosa i ich leczenie zdrojowiskowe. — S z u l c G.: Reforma studjów lekarskich. — B u l a r s k i J.: Higjena marszu. (c. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 27—28. 1934. B r e g m a n L. E. i K r a k o w s k i A.: O rzadkich postaciach jamistości rdzenia. — B u r a k M.: Przyczynek do rozpoznawania dusznicy bolesnej. — M i n c S.: Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych. — F e s t e n s z t a t A.: O zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku dziecięcym. (dok.). — J a n k o w s k a H.: O wzajemnem ustosunkowaniu się i wpływie dzieci opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej. (dok.).

Pedjatrja Polska. T. XIV. Nr. 3. 1934. J a s i ń s k i W.: Leczenie kiły wrodzonej. — E r l i c h ó w n a M.: Próby leczenia noworodków zapomocą krwi ludzkiej podawanej doustnie. — P a l i w o d z i a n k a C.: Przyczynek do rozpoznawania ciężkich żółtaczek u niemowląt. — J u r e w i c z M.: Przyczynek do niedrożności jelit spowodowanej zachowanym uchyłkiem Meckel'a u niemowląt. — M a r y n o w s k a H.: Wrażenia z pobytu w zagranicznych klinikach i szpitalach dziecięcych.

Weterynarja Współczesna. Nr. 1. 1934. G o r d z i a ł k o w s k i J.: Znaczenie surowic wysokowartościowych.

Weterynarja Współczesna. Nr. 2. 1934. G o r d z i a ł k o w s k i J.: Rozpoznawanie i leczenie zaraźliwych chorób trzody chlewnej oraz zapobieganie im.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 13—14. 1934. P ł o ń s k i e r M.: Zagadnienie doboru lekarskiego w szpitalach ogólnych. (dok.). — A b r a m o w i c z M.: Zadanie szpitali miejskich w dobie obecnej.

Medycyna. Nr. 14. 1934. J a k i m o w i c z Wł. i F i s z h a u t ó w n a L.: Zespoły opuszki różnego pochodzenia i rozmiarów z uwzględnieniem mniej znanych objawów zwłaszcza wegetatywnych. — S a l i t ó w n a E.: Wpływ solanki druskienickiej na czynność wydzielniczą żołądka. — S z y m a ń s k i J.: Badania bakterjologiczne zawartości krypt migdałków podniebiennych w przewlekłym stanie zapalnym. — W i r s z u b s k i A.: O narkolepsji. — W a s e r m a n H.: T. zw. wstrząsy opłucnowe.

Revue Vétérinaire Slave. Nr. 5. 1934. Zeszyt referatowy.

Zdrowie Publiczne. Nr. 7. 1934. W i s ł o u c h-S m r e c z y ń s k a J.: Biologiczne badania zanieczyszczeń górnej Wisły w okolicach miasta Dziedzic. — Ł a z a r o w i c z K.: Sprawa opłat szpitalnych. — G r z e g o r z e w s k i E.: Uwagi o walce z durem plamistym na kresach północno-wschodnich w roku 1934. — G u t e n t a g St.: O dokarmianiu dzieci w szkołach powszechnych zarządu m. Łodzi w latach 1932/33 i 1933/34.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 7. 1934. G r z y w a k B.: Znaczenie uszkodzeń chrząstki małżowiny usznej. — H r y c y k i e w i c z J.: Uszkodzenie powiek i ich leczenie. (dok.). — P u m p i a ń s k i R.: O właściwej ocenie odczynu wśródskórnopowiekowego przy malleinizacji masowej. — H a u s e n S.: Państwowy nadzór nad organami badania mięsa.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 168. 1934. Ł o p a t y ń s k i K.: Gruźlica gruczołów chłonnych u psa i szczególna jej postać — odosobniona gruźlica gruczołów górnoszyjnych i krezkowych. — K o b u s i e w i c z T. M.: Szczepienia zapobiegawcze przeciwko gruźlicy ludzi i zwierząt zapomocą B. C. G. — M i l l a k K.: Francuskie prawo o gruźlicy bydła z dn. 7. VII. 1933.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 30. 1934. Witanowski W. R.: Badania nad składem chemicznym rosiczki okrągłolistnej Drosera Rotundifolia L. (dok.).

Prasa Lekarska. Nr. 8. 1934. — Zeszyt referatowy. Dodatek: *Monografje Lekarskie:* Nr. 6—8. 1934. Węgierko J.: O cukrzycy i jej leczeniu.

Wiedza Lekarska. Nr. 7. 1934. Reicher E.: O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej. — Talko Wł.: O szpitalu w Ciechanowie Mazowieckim parę uwag i spostrzeżeń.

Klinika Współczesna. Nr. 7. 1934. Miesięcznik referatowy.

Kronika Dentystyczna. Nr. 3. 1934. Meissner A.: Czynnik mechaniczny w etjologji paradentozy.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 8. 1934. Sisslé E.: Rozstrzyganie sporów w zakresie ubezpieczeń społecznych. — Łomnicki Zb.: O składce na ubezpieczenie wypadkowe i pracach techniczno-ubezpieczeniowych nad jej ustaleniem. — Kościński W.: Reforma systemu emerytur państwowych. — Adamowiczowa St. i Kacprzak M.: Koszta opieki lekarskiej.

OCENY.

Przyczynki do histofizjologji i histopatologji nabłonka płucnego. Badania porównawcze, embrjologiczne i doświadczalne. WOJCIECH WĘSŁAW. Poznań 1934. Nakładem Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, z zasiłku Ministerstwa W. R. i O. P. Str. 170 + XXXVI, z 5 rycinami w tekście i 63 ryc. na 16 tablicach.

Praca Doc. Węsława, zatytułowana jako „przyczynki", jest w rzeczywistości dużą monografją, opartą na rozległych przeszło dziesięcioletnich badaniach autora, wykonanych w Zakładach Histologji Prawidłowej prof. Kurkiewicza w Poznaniu i prof. Bouina w Strassburgu oraz w Zakładzie Patologicznym prof. Hoffmana w Poznaniu. Te z benedyktyńską pracowitością przeprowadzone badania stwierdziły, że u wszystkich kręgowców oddychających płucami istnieje swoiście wyróżnicowany nabłonek entodermalny, zwany przez autora nabłonkiem płucnym, i to najwyżej wyróżnicowany u ssaków i ptaków. Głównym i stałym składnikiem tego nabłonka są komórki jądrzaste, mniejwięcej sześcienne, zawierające w protoplazmie prawie stale ziarenka lipoidowe. Drugim, mniej stałym składnikiem nabłonka płucnego są płaskie twory bezjądrowe, płytki, rozmieszczone bardzo charakterystycznie, wyłącznie lub głównie ponad naczyniami włosowatemi i oddzielające te naczynia od powietrza, zawartego w pęcherzykach płucnych; są one prawdopodobnie tylko biernym składnikiem nabłonka płucnego, niejako ochronną powłoką na powierzchni oddechowej z jaknajmniejszą przeszkodą dla wymiany gazów między krwią a powietrzem. Natomiast komórki jądrzaste, ziarniste, niewątpliwie odgrywają czynną rolę w ogólnej gospodarce ustroju, a to, jak autor przypuszcza, jako szczególne elementy gruczołowe o wydzielaniu dokrewnem. Przypuszczenie wewnętrzno-wydzielniczej roli tych komórek opiera autor na ich stosunku histotopograficznym oraz na pewnym niejako antagonizmie czynności tych komórek z czynnością oddechową płuca, co przejawia się znacznym ich rozrostem i cechami wzmożonej czynności w razie zmniejszenia lub ustania czynności oddechowej (w niedodmie, stwardnieniu). Te komórki jądrzaste nie biorą udziału w lipodjerezie, którą stwierdzić można tylko w dobrze wentylowanych częściach płuc, która więc jest związana z wymianą oddechową gazów. W warunkach chorobowych komórki jądrzaste nabłonka płucnego zachowują się odmiennie w różnych gromadach zwierzęcych. Mianowicie u płazów i gadów komórki te nie mają zdolności żernej i nie pochłaniają barwików koloidowych elektroujemnych; przeciwnie u ssaków, gdzie pod wpływem bodźców drażniących pęcznieją, zmieniają kształt, tracą ziarenka lipoidowe i łuszczą się, zachowując jednak wybitną zdolność fagocytozy, później wszakże wyrodnieją, obumierają i zostają usunięte przez oskrzela wraz z pochłoniętemi ciałami obcemi. Pełnią więc one wtedy zadanie ochronne wobec pyłków, dostających się do płuc, ale tę ich rolę należy uważać tylko za uboczną, łączącą się z przyspieszonem niejako starzeniem się tych komórek. Ale nawet przy chorobowem bardzo znacznem złuszczeniu się komórek ziarnistych pewna ich ilość pozostaje w prawidłowem usadowieniu i zachowuje swą prawidłową budowę. Badania autora obalają pogląd licznych badaczy, uważających jądrzaste, ziarniste komórki nabłonka płucnego za składniki mało zróżnicowane i mające tylko znaczenie ochronne jako makrofagi, a w prawidłowych warunkach niemające żadnej określonej czynności, lub za typowe histjocyty mezenchymalnego pochodzenia. Fakt jednak, że te jądrzaste komórki, chociaż pochodzą z entodermy, mogą w pewnych warunkach zachowywać się podobnie do mezenchymalnych histjocytów, wskazuje, że pewna „właściwość czynnościowa komórek w warunkach patologicznych nie wynika z ich genetycznej przynależności do tego lub innego listka zarodkowego" czyli „nie daje żadnej wskazówki, wzięta zosobna, co do ich stanowiska w ogólnie przyjętej klasyfikacji według listków zarodkowych".

Do pracy dodane jest obszerne streszczenie francuskie. Objaśniające pracę bardzo liczne ryciny są przeważnie bardzo dobremi mikrofotografjami. Wśród 174 prac, objętych wykazem piśmiennictwa, znajduje się 12 prac doc. Węsława, dotyczących szczegółowych zagadnień z zakresu pracy obecnej, zwłaszcza histologji porównawczej i doświadczalnych badań na zwierzętach.

Wyniki pracy doc. Węsława streściłem obszerniej ze względu na to, że szeroką anatomiczno-porównawczą, embrjologiczną i doświadczalną swą podstawą rozstrzyga ona, jak się zdaje, ostatecznie zagadnienia sporne, a wnioskiem końcowym otwiera pole do rewizji poglądów, uważanych w pewnym zakresie za ustalone. Prace zaś tak szeroko ujęte nie należą do zbyt częstych.

Ciechanowski (Kraków).

Zarys Fizjoterapji. JÓZEF JANKOWIAK. Str. 264. Skład główny: Dom Książki Polskiej, Warszawa. 1934.

Bardzo pożyteczny, zwięzły podręcznik dla lekarzy praktyków i studentów medycyny, obejmujący wodolecznictwo elementarne, kąpiele lecznicze sztuczne, światłolecznictwo sztuczne, elektrolecznictwo prądami niskiego i wysokiego napięcia oraz szybkozmiennemi, miesienie i ćwiczenia ruchowe. Przedstawienie tak ogromnego materjału na przestrzeni 264 stron jest oczywiście bardzo zwięzłe, nastawione głównie na opis aparatury i techniki zabiegu oraz podanie wskazań i przeciwwskazań. Wywody fizjologiczne są z konieczności zbyt zwięzłe i niezawsze z punktu widzenia ostatnich zdobyczy wiedzy, ale nie ujmuje to wartości dziełka napisanego przez praktyka dla praktyków, którzy nie mogą studjować szeregu dzieł specjalnych dla wykonywania zabiegów ambulatoryjnych, a nie powinni poprzestawać na krótkich wzmiankach z zakresu tego lecznictwa, rozsianych po podręcznikach diagnostyki i terapji różnych działów medycyny. Tekst jest objaśniony 66 rysunkami. Należy oczekiwać, że pożyteczna ta książka szybko się rozejdzie i niebawem doczeka się drugiego rozszerzonego wydania.

Sabatowski (Lwów).

La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. (Zwężenie przerostowe odźwiernika u niemowlęciu). J. POUCEL. Masson. Paris. 1934. Str. 108. Cena 20 fr. fr.

Autor uważa zwężenie przerostowe odźwiernika za zmianę wrodzoną, charakteryzującą się anatomicznie zgrubieniem mięśni odźwiernika, klinicznie zespołem wskazującym na istnienie przeszkody w przewodzie pokarmowym (wymioty, zaleganie treści w żołądku, upadek odżywiania).

Przerostowe zwężenie odźwiernika jest sprawą chorobową stosunkowo rzadką, występuje częściej u chłopców. Autor rozróżnia zwężenie odźwiernika od skurczu odźwiernika, będącego tylko zaburzeniem czynnościowem. Obie sprawy mogą dawać klinicznie te same objawy, jednak skurcz odźwiernika ustępuje łatwo pod wpływem leczenia wewnętrznego, podczas gdy zwężenie przerostowe wymaga przeważnie leczenia operacyjnego.

Zwężeniu przerostowemu towarzyszy zazwyczaj skurcz odźwiernika; tem się tłumaczy zmienność objawów zwężenia, oraz czas wystąpienia objawów chorobowych — zwykle w kilkanaście dni do kilku tygodni po urodzeniu. W wyjątkowych przypadkach zwężenie przerostowe może nie dawać żadnych objawów klinicznych i bywa stwierdzone przypadkowo na sekcji.

Autor, który jest chirurgiem, doradza wczesne wykonywanie zabiegu operacyjnego, uważa go za łatwy i nie niebezpieczny dla dziecka będącego w stosunkowo znośnym stanie odżywienia. W przypadkach z objawami łagodniejszemi należy próbować leczenia wewnętrznego (odżywianie dietą skoncentrowaną, dostarczanie organizmowi dostatecznej ilości płynu, środki przeciwskurczowe), o ile jednak nie następuje szybka poprawa, nie należy zwlekać z zabiegiem operacyjnym.

Rozpoznanie zwężenia przerostowego odźwiernika nie zawsze jest łatwe; trzeba różnicować ze skurczem czynnościowym odźwiernika, z wymiotami nawykowemi, z zaburzeniami odżywiania na tle dyspeptycznem i przy chorobach zakaźnych. Zdarzają się także wady rozwojowe żołądka i dwunastnicy.

Sposoby badania: obserwacja, zgłębnikowanie żołądka, prześwietlanie przewodu pokarmowego, badanie chemiczne, ewentualnie próbna laparotomja.

Z metod operacyjnych autor poleca przedewszystkiem pyiorotomję modo Frédet, w wyjątkowych wypadkach gastro-enterostomję.

Książka jest napisana starannie i źródłowo, aczkolwiek nieco rozwlekle.

H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Wstęp do nauki o leczeniu spraw zapalnych narządu rodnego kobiety. A. CZYŻEWICZ. Ginekol. Polska, T. XIII. z. 1—3, 1934.

A. zwraca uwagę na konieczność stosowania leczenia indywidualnego nietylko przy poszczególnych schorzeniach, lecz w każdym poszczególnym przypadku należy ocenić wartości życiowe zgłaszającego się chorego i na tej podstawie prowadzić leczenie. Ponieważ zakres medycyny obecnej staje się coraz szerszy, wskazanem jest utworzenie nowej grupy lekarzy specjalistów-terapeutów, współpracujących z fachowcami danego działu medycyny; do tego zadania powołani są przedewszystkiem balneolodzy. Po tych uwagach wstępnych A. omawia podstawy leczenia spraw zapalnych narządu rodnego kobiety.

W okresie ostrym i podostrym należy kierować się wynikami badania morfologicznego krwi i opadaniem ciałek czerwonych wraz z całokształtem objawów klinicznych. W okresie ostrym najbardziej odpowiednim środkiem leczniczym są surowice i szczepionki, w okresie podostrym proteinoterapja; w przypadkach przewlekłych można pozatem stosować leczenie fizykalne, musimy jednakże dobrze ocenić warunki i odpowiedni moment dla rozpoczęcia właściwego leczenia, a zwłaszcza mechanoterapji, elektro- i balneoterapji. Poza metodami leczniczemi ważne znaczenie ma kwestja stosownego żywienia leczących się chorych i odpowiednie warunki życiowe, a szczególnie w uzdrowiskach, gdyż wpływ psychiczny odgrywa znaczną rolę w procesie leczenia. Lekarze balneolodzy, którzy przedewszystkiem tworzyliby grupę specjalistów-terapeutów, powinni dbać o zachowanie tych warunków w uzdrowiskach. *M. Segal* (Lwów).

Przebieg miesiączki u uczennic niemieckiej szkoły dla wychowania fizycznego. A. HOFFMANN. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 2. 1933.

Autorka badała 87 studentek wyższej szkoły dla wychowania fizycznego w Berlinie oraz porównawczo 127 uczennic pewnej szkoły zawodowej dla dziewcząt. Okazało się, że u studentek szkoły dla wychowania fizycznego częściej przydarzały się zaburzenia miesiączkowe, zwłaszcza co do regularności występowania miesiączki i nasilenia towarzyszących bólów. Natomiast upławy i schorzenia narządów rodnych przydarzały się rzadziej niż u uczennic szkoły zawodowej. Autorka nie znajduje podstawy do twierdzenia, żeby wspomniane zaburzenia były trwałe lub miały późniejszy wpływ na zdolność zastępowania w ciążę.

Z. Rychłowski (Lwów).

Krwawienia maciczne leczone met. Thure-Brandta (gimnastyka zmniejszająca dopływ krwi i masaż wibracyjny). SOSNOWSKA. Soc. Fr. de Gyn. Nr. 2. 1934.

Opierając się na 30-letniem doświadczeniu, autor zaleca stosować to leczenie we wszystkich przypadkach spraw zapalnych przy- i omacicza, w sprawach zapalnych przydatków, w przypadkach zrostów niezbyt zadawnionych, przy zmianach położeń macicy, w przewlekłych krwawieniach pochodzenia macicznego i jajnikowego tak w wieku dojrzałym jak i w wieku pokwitania oraz w przypadkach włókniaków macicy. Masaż wibracyjny wykonuje autor w sposób następujący: palcem wskazującym lewej ręki wprowadzonym do pochwy unosi narządy rodne ku górze, a drugą ręką od zewnątrz wykonuje ruchy wibracyjne w kierunku pępka. Gimnastyka met. Brandta polega na tem, że osoba leżąca z miednicą uniesioną nieco wyżej stara się rozchylić kolana, przyczem ręce lekarza ułożone na zewnętrznej stronie kolan stawiają pewien opór. W drugim momencie lekarz stara się zbliżyć kolana — pacjentka stawia opór. Sposób ten jest zarazem leczeniem miejscowem i ogólnem i w rękach doświadczonego lekarza może dać bardzo cenne usługi.

H. Newlińska (Lwów).

Krwawienia z ciała macicy u staruszek. SCHULTZ. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Pod wpływem krytyki, z jaką się spotkała praca Benthina o krwawieniach macicznych w starszym wieku, starał się autor rozwiązać toczący się spór, opierając się na dużym materjale 232 przypadków krwawień w przekwitaniu. W materjale tym uwzględnił 131 przypadków, opisanych przez Benthina, i dodaje do nich 101 swoich przypadków. W wynikach swoich autor przyłącza się w zupełności do zdania B. Prawie 50% krwawień okazało się na tle dobrotliwem. W odniesieniu do krwawień z jamy macicy stosunek na niekorzyść nowotworów złośliwych przesuwa się jeszcze więcej, gdyż tylko w 10% stwierdzono raka trzonu. Przyczynę krwawień w przypadkach pozostałych autor podzielił na trzy grupy. Prawie połowa z nich — to sprawy zapalne błony śluzowej macicy. W 15% stwierdzono obecność polipów. W trzeciej części, obejmującej tylko nieliczne przypadki, znaleziono zmiany przerostowe śluzówki macicy. Pozatem w kilku przypadkach autor powiązał przyczynowo występowanie krwawień z zaburzeniami w krążeniu, z guzami jajnikowemi i t. d.

J. Lenczowski (Lwów).

Pęknięcie macicy podczas porodu — późna operacja — wyzdrowienie. DORE i DYRAND. Soc. Fr. de Gyn. Nr. 3. 1934.

Przypadek dotyczy wieloródki, która rodziła 9-ty raz. Ostatni poród, bardzo krótko trwający, siłami natury. W połogu wystąpiły w 10 dniowym odstępie dwukrotne podniesienia ciepłoty do 40° i krwawienia, wobec czego przystąpiono do opróżnienia macicy. Podczas skrobanki odrazu natrafiono na pętle jelitowe, znajdujące się w jamie macicy, z tego powodu zabieg przerwano i podano lód na brzuch. Wobec braku objawów otrzewnowych operacji nie wykonano. Po 8 dniach otwarto jamę brzuszną i stwierdzono duże zrosty pęcherza, macicy i jelit, po oddzieleniu których natrafiono na pęknięcie macicy długości 4 cm, znajdujące się na przedniej ścianie macicy tuż ponad sklepieniem pochwowem. Wykonano nadpochwowe odcięcie macicy, założono worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chora wyzdrowiała. Autor wypowiada się za wycięciem macicy przez pochwę w takich przypadkach, gdyż rozszerzony przez poród kanał rodny daje wygodny dostęp. *H. Newlińska* (Lwów).

Metodyka i znaczenie leczenia samoistnych pęknięć szyi macicy podczas porodu, jako zapobieganie urazowi porodowemu i następstwom tych uszkodzeń. A. WELESCHEWA, W. KOTELNIKOFF i F. CHANINA. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 3

Systematyczne oglądanie we wziernikach wewnętrznej powierzchni szyi macicy po porodzie u pierwiastek przekonało autorów, że uszkodzenia porodowe szyi macicy w postaci naddarć zdarzają się wcale często, bo w 17.2% przypadków. Z momentów sprzyjających ich powstawaniu podnoszą autorowie — starszy wiek rodzącej, przeciągający się poród, duży płód, nieprawidłowy mechanizm porodowy (tylne potylicowe), niedorozwój narządu rodnego, operacje położnicze przez pochwę w tych przypadkach, gdy ujście macicy jest jeszcze niezupełnie rozwarte, a brzegi są mało podatne i t. d. Zeszycie tych uszkodzeń zabezpiecza przed możliwością zakażenia po porodzie, oraz stanowi najlepszą gwarancję wytrzymałości blizny w następnym porodzie. Zapobiega się tym stanom zapalnym szyi, jakie nierzadko latami całemi dają się we znaki kobietom, które przeszły niegdyś owe obrażenia szyi a nie były szyte. Z tego względu autorzy uważają, że oglądanie i ewentualne zeszycie pęknięć szyi należy wykonywać systematycznie u każdej pierwiastki po porodzie taksamo jak i oglądanie i zeszycie krocza.

Wnioski swoje oparli autorzy na obserwacji 1472 przypadków porodów u pierwiastek. *J. Lenczowski* (Lwów).

Powikłania położnicze w przypadkach podwójnej wady rozwojowej macicy. H. BECK. Ginekol. Pol. T. XIII. z. 1—3. 1934.

Opis 6 przypadków powikłania porodu jako następstwo podwójnej wady rozwojowej macicy *(uterus duplex).* A. jest przeciwny próbom ujednostajnienia postępowania w tych przypadkach i zaleca indywidualne i ostrożne stosowanie wskazań operacyjnych w każdym poszczególnym przypadku. W postępowaniu operacyjnem ujawniają się dwa kierunki: pierwszy to oddalenie powikłań położniczych przez usunięcie przeszkody porodowej w przypadkach ciąży donoszonej, drugi — to doszczętne usunięcie podwójnej macicy dla uniknięcia powikłań w przyszłości. W przypadkach poważnych powikłań położniczych wskutek wad rozwojowych narządu rodnego — należy, zdaniem A., raczej operować przez powłoki brzuszne aniżeli narażać się na groźne niespodzianki prób rozwiązywania drogą naturalną.

M. Segal (Lwów).

Badania doświadczalne nad powstawaniem wad rozwojowych płodów pochodzenia owodniowego. HELLNER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Szeregiem doświadczeń na zwierzętach starał się autor przeprowadzić analogię między powstawaniem wad rozwojowych płodów ludzkich i zwierząt doświadczalnych. W tym celu wypracował specjalną technikę operacyjną, pozwalającą na otwarcie macicy ciężarnej u zwierząt i przeprowadzenie niektórych zabiegów na płodach, jak np. podwiązanie kończyn, przyszycie ich do ściany macicy, osteotomję i t. p. Po tych zabiegach wprowadzał autor płód spowrotem do macicy i zeszywał macicę i powłoki brzuszne. W pewnym procencie przypadków następowało poronienie. W innych ciąża się utrzymała. Wnioski autora opierają się na obserwacji płodów donoszonych, urodzonych samoistnie. W kilku przypadkach wyciął autor macicę pod koniec ciąży, aby mieć możność zorjentowania się w stosunkach topograficznych w jamie macicy.

Badania autora stwierdziły zupełną analogję między występowaniem wad rozwojowych pochodzenia owodniowego płodów ludzkich i u zwierząt doświadczalnych. Podwiązanie i przyszycie kończyn do ściany macicy prowadziło do ich amputacji. Kikuty kończyn, o ile czas od operacji do porodu był dostatecznie długi, pokryte były skórą. W kościach stwierdził autor objawy regeneracji, taksamo, jak i u płodów ludzkich. O ile ucisk podwiązki nie uszkadzał naczyń większych, to amputacja nie występowała. Badania te dowodziłyby zatem, że i u ludzi wady rozwojowe w obecności zrostów z owodnią występują dzięki zaciskającemu działaniu tych zrostów na kończyny, a nie na tle wadliwości plazmy zarodkowej. Badania te zbiły jednocześnie zdanie niektórych autorów, sądzących, że płód tworzy jednolitą całość i że uszkodzenie jakiejkolwiek jego części musi prowadzić do śmierci całości. Autor wykonywał pozatem sztuczny staw wrzekomy przez złamanie kończyny i również wykazał podobieństwo jego powstawania z wytwarzaniem się tej anomalji u ludzi. Wycięcie ściany macicy, a więc zmniejszenie pojemności macicy wpływało hamująco na wzrost płodów, nie prowadziło jednak do wad rozwojowych.

Autor starał się wyjaśnić pozatem, co się dzieje z amputowanemi częściami płodów. Okazało się, że ulegają one autolizie. Autor sądził początkowo, że wody płodowe posiadają właściwości trawienne, ale badania kontrolne tego nie potwierdziły. A zatem nie udało się autorowi wykryć przyczyny autolizy.

J. Lenczowski (Lwów).

Urodzenie potworka drogą cięcia cesarskiego. DORE i DURAND. Soc. Fr. de Gyn. Nr. 3. 1934.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na błędy diagnostyczne, jakie on nastręczył. Osoba lat 41, wieloródka zgłosiła się do leczenia spowodu kolosalnego powiększenia się brzucha. Ostatnia miesiączka przed 9 mies., ruchów płodu nie czuła, części płodu ani tętna nie stwierdzono. Lekarz rozpoznał torbiel jajnikową dużych rozmiarów i z tego powodu przystąpiono do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono macicę bardzo silnie powiększoną, niedającą się wyłonić, części płodu się nie wyczuwało. Po spunktowaniu jamy macicy wypuszczono około 20 litrów płynu, poczem dopiero można było wybadać płód. Wobec tego otwarto macicę i wydobyto płód nieżywy, wykazujący brak czaszki. Przebieg pooperacyjny gładki. W dyskusji Dalsace zaleca w takich przypadkach wykonywać zdjęcie rentgenowskie, które wykaże obecność płodu. *H. Newlińska* (Lwów).

Operacja sztucznej pochwy według Baldwina. A. SCHEPETYNSKY. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 4—5.

Autorka opisuje jeden przypadek wytworzenia sztucznej pochwy z jelita cienkiego sposobem Baldwina, zakończonej śmiercią spowodu martwicy przemieszczonej pętli jelitowej; martwica wystąpiła na skutek zbyt wielkiego napięcia dosyć krótkiej krezki jelita. Autorka wogóle uważa, że u kobiet, dotkniętych znacznym niedorozwojem narządu rodnego, należy się liczyć również z możliwością niedostatecznego wykształcenia krezki jelitowej, i z tego względu sądzi, że operację Baldwina winno się zarzucić. Jedyną bezpieczną metodą wytwarzania sztucznej pochwy byłaby metoda Kirschner-Wagner'a. *J. Lenczowski* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Czy istnieje czynna odporność przeciw kile. W. KOLLE, R. PRIGGE. Med. Klin. Nr. 2. 1934.

Doświadczenia wykonano na zwierzętach: przez 3 do 8 miesięcy po zakażeniu doświadczalnem stosowano leczenie dożylnemi wlewaniami dużych dawek salwarsanu i następnie po raz wtóry zakażano zwierzęta albo tym samym albo innym szczepem laboratoryjnym krętków bladych. Na skrawkach drobnowidowych stwierdzano albo w miejscu zakażenia albo w sąsiednich gruczołach limfatycznych, wreszcie w innych narządach obecność krętków bladych albo tego samego typu lub też typów innych, użytych do powtórnych zakażeń. Wynika z tego, że przy wczesnem leczeniu dużemi dawkami salwarsanu nie uzyskuje się odporności przeciw kile. W innej serji doświadczeń przy leczeniu późniejszego okresu choroby dużemi dawkami salwarsanu, przy powtórnem szczepieniu nie stwierdzano ani zmiany pierwotnej lub też zmian jej podobnych, coby dowodziło istnienia już zakażenia kiłowego w organizmie i niedopuszczenie przez to do wytworzenia zmiany pierwotnej. Jako ostateczny wniosek stwierdzają autorzy, że przez leczenie nawet długotrwałe i intensywne solami arsenowemi czy bizmutowemi nie można na zwierzętach uzyskać odporności czynnej przeciw kile. *Z. Godłowski* (Kraków).

Kiła i rak przewodu pokarmowego. F. G. MONES. El. Dia Médico. Nr. 32. 1934.

Autor omawia duży własny materjał kliniczny. Kiły przełyku wcale nie spotkał. Kiła żołądka przebiegała pod formą guza lub krwotoku, natomiast wrzody żołądka nie są pochodzenia kiłowego. Kiła trzustki nie jest możliwą do stwierdzenia. Kiła wątroby bardzo częsta, zwłaszcza pod formą kilaków wątroby z wysokim odsetkiem dodatnich odczynów serologicznych. 4% kiłowych miało raka przewodu pokarmowego. *Mester* (Kraków).

Czy leczenie kiły szczepieniem zimnicą może się przyczynić do rozpowszechnienia zimnicy. S. M. KUŁAGIN i W. F. PETRASOW. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 8. 1934.

Zimnica doświadczalna nie jest zupełnie bezpieczną w znaczeniu epidemjologicznem, gdyż nawet po długim czasie może być źródłem zakażenia dla otoczenia. Ze względów zapobiegawczych należy poruszyć sprawę wyszukania innych metod leczenia, tem bardziej że we wielu miejscowościach, w których zimnica jest mało spotykana, już obecnie dają się odczuwać trudności spowodu braku zarazka zimnicy. (A. podaje przypadek, kiedy żona jednego z chorych specjalnie jeździła do endemicznego ogniska malarycznego, aby zarazić się malarją, konieczną do leczenia chorego męża).

A. zwraca uwagę na propozycję Pikula (Mosk. Inst. Tropikalny) szczepienia zamiast zimnicą — środkowo azjatyckim tyfusem powrotnym. Pierwsze próby tego autora dały wyniki zachęcające. Zakażenie to nie przedstawia niebezpieczeństwa dla otoczenia poza ogniskiem endemicznem (Turkiestan), pozatem posiada tę zaletę, że nosicielem zakażenia może być zakażona świnka morska; jedna kropla krwi świnki, przeniesiona na skórę skaryfikowaną, wystarczy do zakażenia. Możliwa jest również superinfekcja. *M. Segal* (Lwów).

Próba leczenia oparzeń ambulatoryjnych zapomocą „vitaderm'u". J. S. MEERZON. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 8. 1934.

Składnikiem podstawowym witadermu jest łatwotopliwa parafina i środki antyseptyczne; pozatem karotyna, która jest prowitaminą A (witaminą wzrostu) i działa specyficznie na komórki nabłonkowe, a także ma własności analgetyczne. Witaderm łatwo topi się w naczyniu umieszczonem w łaźni wodnej, poczem pędzelkiem albo gazą przepojoną w. pokrywa się powierzchnię rany. Temperatura preparatu nie powinna przekraczać 55—60°.

Leczono tym sposobem 30 oparzeń II stopnia i 5 oparzeń III st.; stwierdzono: znaczne zmniejszenie bolesności rany, zmniejszenie flory bakteryjnej, pozatem wybitnie szybszą epidermizację rany. Jako ważną zaletę podnosi A. łatwą i niebolesną zmianę opatrunku. Przeciętny czas leczenia oparzeń II st. wynosił 9.8 dni, III st. — 24.4 dni. *M. Segal* (Lwów).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

O znaczeniu obrazów schizofrenicznych występujących w przebiegu porażenia postępującego. SOMAGYI i AUGYAL. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146, 1933.

Obrazy te występują przeważnie po leczeniu malarją, nie jest to jednak warunkiem koniecznym. Autorzy odróżniają dwie grupy przypadków. W pierwszej porażenie postępujące i obraz schizofreniczny występują u tego samego osobnika zupełnie niezależnie od siebie. W drugiej grupie samo porażenie postępujące uczynnia obraz schizofreniczny. Obraz ten nie jest jeszcze czemś jednolitem. Zachodzą 3 możliwości: a) p. p. wywoła obraz błędno-omamowy, zbliżony do schizofrenji, odpowiadający jednak raczej egzogenicznej reakcji; b) p. p. może wywiązać u osobnika, który w przeszłości przeszedł proces schizofreniczny, reakcję schizofreniczną (nie ponowny nawał procesu); c) p. p. lub malarja wyzwala wewnątrzpochodną preformowaną schizofrenję lub stwarza

obraz kliniczny bardzo podobny do schizofrenji (schizofrenja egzogeniczna), atakując te systemy anatomiczne, w których umiejscowione są zmiany anatomiczne w schizofrenji endogenicznej.

N. P. (Lwów).

Kilka ważnych zagadnień dziedziczenia schorzeń psychicznych w kręgu cyklotymicznym. HANS LUXENBURGER. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146. 1933.

Autor rozpatrując przebieg i analizując obraz chorobowy psychozy manjakalno-depresyjnej u bliźniąt jednojajowych, dochodzi do następujących wniosków: Psychoza manjakalno-depresyjna nie jest pod względem biologicznym zaostrzeniem i pogłębieniem psychopatji cykloidalnej i temperamentu cyklotymicznego, założeniem jej jest swoista genotypiczna struktura o charakterze polymeryczno-homozygotycznym. Psychopatje cykloidalne i temperamenty cyklotymiczne są prawdopodobnie fenotypicznemi nosicielami dyspozycyj cząsteczkowych. Psychoza manjakalno-depresyjna może się niekiedy ujawnić w formie niezbyt odległej od psychopatji cykloidalnej i temperamentu cyklotymicznego. Tłumaczy się to tem, że nie ujawniają się wszystkie dyspozycje cząsteczkowe, składające się na genotyp. Takie niezupełnie ujawnione psychozy manjakalno-depresyjne są w obrazie fenotypicznym identyczne z psychopatją cykloidalną lub temperamentem cyklotymicznym, genotypicznie są jednak czemś odmiennem. Dziedzicznym elementem podstawowym całego kręgu cyklotymicznego (temperamentu cyklotymicznego, psychopatji cykloidalnej i psychozy manjakalno-depresyjnej) jest pewien typ usposobienia.

N. P. (Lwów).

O mimicznej psychomotoryce u dzieci oligofrenicznych. DOZENKO. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146, 1933.

Autor badał testami motorycznemi Kwinta dowolne ruchy mimiczne u dzieci oligofrenicznych i porównywał wyniki badania z wynikami badania rozwoju psychicznego testami Bineta. Stwierdził we wszystkich przypadkach ubóstwo i uwstecznienie dowolnej motoryki mimicznej (polecał wydymać jeden policzek, podnosić brew, podciągać kącik ust i t. p.). Istnieje korelacja między rozwojem psychicznym, stwierdzanym testami Bineta, a rozwojem dowolnej motoryki mimicznej. Stopień uwstecznienia dowolnej motoryki mimicznej jest wskaźnikiem stopnia rozwoju psychonerwowego.

N. P. (Lwów).

Doświadczalno-biologiczne badania w obrębie schizofrenji. GAMPER - KRAL. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146, 1933.

Autorzy wstrzykiwali płyn mózgowo-rdzeniowy podskórnie myszom, które często ginęły (za dodatni uważają taki płyn, który conajmniej zabił jedną mysz). Dla porównania wstrzykiwali też płyny pobrane od nieschizofreników. Osoby badane podzielili na 3 grupy. Pierwsza grupa obejmowała psychozy bez procesu *(psych. man. depr., depr. react., Hy., Psychopathia, Debilitas).* Wszystkie płyny ujemne, żadna mysz nie zginęła. Do drugiej grupy zaliczyli osoby z organicznem schorzeniem systemu nerwowego *(P. p., tabopural., epil., dem. senil., tumor cerebri* i t. p.). 35.3% płynów dodatnich. Zjadliwość płynów nie wykazywała żadnej zależności od zmian chemicznych i morfologicznych. Na trzecią grupę składali się sami schizofrenicy. Dodatnich płynów 51.4%. Najzjadliwszy płyn katatoników, średniozjadliwy hebefreników, najmniej zjadliwy w postaci paranoicznej. Jakiego rodzaju jest substancja toksyczna zawarta w płynie, dotychczas niewiadomo.

N. P. (Lwów).

Podostry zespół bezsenności u alkoholików. EPSTEIN. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146. 1933.

Podostry zespół bezsenności poprzedza wybuch ostrej psychozy alkoholowej. Wyraża się on klinicznie obrazem paranoicznym z urojeniami kusobnemi, interpretacyjnemi, prześladowczemi i samooskarżycielskiemi. Zespół ten jest wywołany przewlekłem zatruciem. W patogenezie zespołu gra główną rolę bezsenność, która wywołuje charakterystyczne zawoalowanie świadomości i zaburzenia przedsionkowe *(psychovestibulares).* Te ostatnie na skutek istniejącego zawoalowania świadomości wywołują najbardziej bijące w oczy objawy zespołu, t. j. urojenia, stany lękowe i niepokój.

N. P. (Lwów).

Dalsze przyczynki do występowania zespołu międzyciemieniowego u psychicznie chorych. GURESICZ. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 146. 1933.

Na zespół międzyciemieniowy składa się: 1) zaburzenie w schemacie ciała. Zaburzenie to może być częściowe, somatotopicznie ściślej określone (chorzy odczuwają zmiany w kształcie, ciężarze, wielkości lub położeniu poszczególnych części ciała lub narządów), albo całkowite (chorzy odczuwają zmianę w całem ciele); 2) zaburzenia optyczne, jak zmiana kształtu przedmiotów, makropsja, mikropsja, polypsja i inne. W zależności od tego, czy przeważają objawy z grupy pierwszej lub drugiej, autor mówi o zespole międzyciemieniowym przednim (lokalizacja bliżej zwoju centr. tylnego) lub tylnym (bliżej płatu potylicznego). Ponieważ zespół ten stwierdza się tak przy schorzeniach organicznych systemu nerwowego (guz mózgu i t. p.), w których lokalizacja w korze międzyciemieniowej na podstawie innych jeszcze objawów ogniskowych nie ulega wątpliwości, jak i w procesach psychotycznych (schizofrenja i i.), dopuszczalny jest wniosek, że w tych ostatnich podstawa neurodynamiczna jest co do umiejscowienia ta sama.

N. P. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności.
IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 15 czerwca 1934.

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę własną, wykonaną wspólnie z p. M. Bułajewskim, p. t. *Wyosobnienie z grzybienia żółtego (Nuphar luteum) glikozydu o działaniu nasercowem, identycznego z nimfaliną.*

Oczyszczone alkoholowe wyciągi z kwiatów grzybienia żółtego posiadają działanie nasercowe we wszystkich szczegółach takie samo, jak nimfalina.

Charakterystyczne kryształki tego ciała otrzymuje się z wyciągów alkoholowych kwiatów grzybienia żółtego w taki sam sposób, jak z białego, przez silne oziębianie roztworu alkoholowego, sączenie, ponowne rozpuszczanie i strącanie w niskiej ciepłocie, szereg razy powtarzane przy użyciu różnych rozpuszczalników organicznych.

Większe ilości nimfaliny otrzymuje się zapomocą nowej szczegółowo opracowanej metody, której zasada polega na wytrącaniu z wyciągu alkoholowego większej części substancyj garbnikowych zapomocą obojętnego węglanu miedzi oraz następnie wysalaniu, wyługowaniu zgęszczonego przesączu alkoholem absolutnym i wyciąganiu eterem roztworu alkoholowego, zgęszczonego ponownie do konsystencji syropu. Z krystalicznej masy, osadzającej się po odparowaniu eteru, wyciąga się nimfalinę zapomocą eteru naftowego; zanieczyszczającą kryształki substancję woskową usuwa się przez zmydlenie. W ten sposób otrzymuje się śnieżnobiały, nadzwyczaj lekki proszek, posiadający wszystkie dotychczas zbadane własności chemiczne nimfaliny oraz takie samo działanie farmakologiczne.

Na końcu pracy podano w charakterze doniesienia tymczasowego dotychczas osiągnięte wyniki badania drugiej substancji, obecnej w wyciągach z grzybienia białego i żółtego, o charakterystycznem działaniu na układ nerwowy ośrodkowy.

(Zakład Farmakologji Uniwersytetu Warszawskiego).

Czł. F. Rogoziński przedstawił pracę, wykonaną wspólnie z p. Zb. Głowczyńskim, p. t. *O krzywicy doświadczalnej. IV. Wpływ soli magnezowych.*

(Obacz Sprawozdanie z posiedzeń Wydziału III).

Czł. W. Nowicki i St. Ciechanowski przedstawiają pracę p. T. Kielanowskiego i A. Selzera p. t. *Badania doświadczalne nad odczynem skórnym Shwartzmana, czyli heteroalergja krwotoczna.*

Zjawisko opisane w roku 1928 przez G. Shwartzmana, polegające na powstawaniu wybroczyn w skórze królika pod wpływem dwukrotnego (śródskórnego i dożylnego) podania jałowego przesączu hodowli buljonowej pewnych drobnoustrojów w odstępie 6 do 40 godzin, zasługuje na uwagę jako nowe zjawisko z dziedziny imunologji w najszerszem znaczeniu. Zjawisko Shwartzmana należy najogólniej do grupy zjawisk alergicznych, jednak stosunek jego do anafilaksji, z którą posiada wiele cech wspólnych, a od której różni się przedewszystkiem nieswoistością, nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniony. Nieznany jest również mechanizm powstawania wybroczyn, będących najważniejszą zmianą postaciową zjawiska.

Celem pracy niniejszej było systematyczne zbadanie zmian, zachodzących w skórze w toku zjawiska Shwartzmana. Doświadczenia swoje wykonali autorzy na 34 królikach; w celu badania histologicznego wywołali oni zjawisko u 9 królików, pochodzących z jednego rzutu, i wycinali następnie skrawki skórne w różnych okresach czasu po dawce śródskórnej i śródżylnej przesączu bakteryjnego. Badanie histologiczne dowiodło, iż sama dawka śródskórna przesączu wywołuje w skórze pewne stałe zmiany,

któremi są: obrzęk tkanki, zakrzepy żylne i emigracja leukocytów. Zmiany te nazwali autorzy stanem morfologicznej gotowości do powstania zjawiska Shwartzmana. Pod wpływem dawki śródżylnej przesączu bakteryjnego następuje bardzo znaczny przypływ krwi do naczyń włosowatych skóry zmienionej pierwszą dawką (śródskórną); przypływ spowodowany jest, zdaniem autorów, czynnikami natury humoralnej oraz anafilaktoidalnym skurczem tętniczek skórnych. Wobec utrudnionego przez wspomniane wyżej zakrzepy żylne odpływu krwi ulegają naczynia włosowate, nadmiernie wypełnione krwią, czysto mechanicznemu rozerwaniu, spowodowując w ten sposób powstawanie makroskopowo widocznych wybroczyn. Za tem czysto mechanicznem tłumaczeniem powstawania wybroczyn przemawia stwierdzony przez autorów brak zmian histologicznych śródbłonka naczyń włosowatych; dalsze doświadczenia autorów stwierdziły prawidłowe oddziaływanie naczyń włosowatych wobec takich czynników, jak zmiany ciepłoty (wysoka i niska), mięsienie, adrenalina i histamina, co wyklucza również czynnościowe uszkodzenie naczyń włosowatych i przemawia przeciw poraźnemu charakterowi przekrwienia.

Zjawisko Shwartzmana i zjawiska podobne (np. zjawisko Sanarelliego) mogą prawdopodobnie zachodzić samoistnie w patologji ludzkiej, wywołując zmiany krwotoczne, stwierdzane w przebiegu licznych schorzeń, szczególnie chorób zakaźnych i skaz krwotocznych. Zjawisko Shwartzmana mogłoby, zdaniem autorów, mieć w ten sposób poważne znaczenie w patologji dla wyjaśnienia dotąd nieznanego mechanizmu powstawania wielu skaz krwotocznych.

(Instytut Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: prof. dr. W. Nowicki).

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół z IX. posiedzenia naukowego odbytego dnia 20 kwietnia 1934 r.

Przewodniczy kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Dobrzański A., czł. T-wa, przedstawia: a) chorego liczącego obecnie lat 44, który jako 16-letni chłopak doznał przypadkowego postrzału w prawą skroń z pozostawieniem kuli rewolwerowej w głowie. Po tym postrzale nie doznawał specjalnych dolegliwości, dopiero przed około 10 laty zaczął cierpieć na ropne nieżyty nosa. Pozostawał później w leczeniu u laryngologa, który mu przepłókiwał lewą jamę szczękową. Później przepłókiwano przez otwór w zębodole po wyrwaniu zęba. W r. 1925 wykonano u niego operację radykalną jamy szczękowej, która dała czasową poprawę, lecz po kilku latach stan się znacznie pogorszył, gdyż wystąpił obfity wyciek ropny z nosa i silne bóle głowy. Stan ten w ostatnich miesiącach tak choremu dokuczał, że zdecydował się na powtórną operację, o ile tego zajdzie potrzeba. Badanie jamy nosowej wykazuje obfitą ropną wydzielinę w lewej jamie nosowej, którą się stwierdza również w jamie szczękowej po wypłókaniu. Zdjęcie rentgenologiczne pozwoliło stwierdzić całkowite zaciemnienie lewej jamy szczękowej oraz cień ciała metalicznego odpowiadającego kształtem kuli, tkwiącej częściowo w tylnej ścianie jamy szczękowej, częściowo poza nią. Wykonał więc operację sposobem Caldwell-Luca, w czasie której po usunięciu obfitych polipów z jamy szczękowej udało się również wydłótować silnie wklinowaną kulę, tkwiącą w tylnej ścianie kostnej jamy szczękowej przez 28 lat. Po operacji nastąpiło całkowite wygojenie, a ropienie zupełnie ustało. W przypadku tym ciało obce było przyczyną tak długotrwałego ropienia jamy szczękowej, za czem przemawia także ta okoliczność, że poprzednio wykonane zabiegi operacyjne nie dały wyniku leczniczego. (Pokaz rentgenogramu).

b) Chorego liczącego 61 lat, który przysłany był do Szpitala Ub. Społ. z podejrzeniem na nowotwór w oczodole lewym. Z tego powodu był już w obserwacji u okulistów od 4 lat, kiedy to po raz pierwszy wystąpiło pieczenie w oku oraz ciążenie oka ku dołowi i nazewnątrz. Od tego też czasu utrzymuje się wytrzeszcz gałki ocznej lewej oraz przesunięcie jej nazewnątrz i ku dołowi. Badanie po zgłoszeniu się do Szpitala Ub. Społ. przed 3 miesiącami pozwoliło stwierdzić bardzo znaczne wysadzenie gałki ocznej ku przodowi nazewnątrz i ku dołowi. Ponadto można było stwierdzić, że górna i wewnętrzna ściana oczodołu są bardzo znacznie wypukłone, lecz na powierzchni gładkie. Badanie jam ocznych nosa rengenologicznie wykazało bardzo znaczne rozdęcie jamy czołowej lewej i komórek sitowych oraz znaczne zaciemnienie ich. W jamie nosowej widoczna była śluzowo-ropna skąpa wydzielina. Wobec tego wykonał otwarcie komórek sitowych od nosa, które stwierdziło wielką jamę odpowiadającą komórkom sitowym i jamie czołowej, wypełnioną gęstą cuchnącą ropą *(pyocele)*. Po opróżnieniu tej ropy wprowadzono lipjodol i wykonano zdjęcie kontrastowe, które wykazało bardzo znaczne rozdęcie światła jamy czołowej i komórek sitowych. Równocześnie z otwarciem komórek sitowych od wewnątrz wykonano wciśnięcia cienkiej wypuklonej ściany od strony oczodołu, co spowodowało bardzo znaczne cofnięcie się wytrzeszczu gałki ocznej i jej przesunięcia. (Pokaz fotografji i rentgenogramu).

W dyskusji kol. Schramm, czł. Tow., podnosi, że w opisie przypadku kol. Dobrzańskiego uderzył go jeden szczegół, na który, nie wie, czy już zwrócono uwagę, na jaką zasługuje. Prelegent powiedział, że ściana jamy czołowej była wypuklona ku zewnątrz, tworząc wyraźne i dość wybitne wypuklenie na wewnętrznej ścianie oczodołu. Po opróżnieniu jamy prelegent wcisnął miękką w tem miejscu ścianę oczodołu ku wewnątrz tak, że istniejące wypuklenie zostało wyrównane. Szczegół ten wydał się kol. Schr. dość ważny. Tym bowiem sposobem został zniesiony zaułek jamy czołowej, w którym wydzielina mogła się zatrzymać, a więc i warunki wygojenia stały się o wiele lepsze.

2. Kol. Szymonowicz J., gość, przedstawia *olbrzymi karbunkuł wątroby*. Przypadek ten dotyczy 5-letniego chłopca słabo rozwiniętego, o ogólnem wyniszczeniu. Choroba rozpoczęła się przed 5 dniami gwałtownemi bólami brzucha, z podwyżką ciepłoty powyżej 39°, utrzymującą się przez cały przeciąg trwania choroby. Badaniem przedmiotowem stwierdzono znaczne wyniszczenie, język podsychający, oddech powierzchowny przyspieszony. Wypukiem na klatce piersiowej stłumienie sięgające po stronie prawej z przodu od IV żebra, z tyłu po tej samej stronie od połowy łopatki. Serce bez zmian o tonach głuchych, tętno 130 na minutę, nitkowate. Brzuch o powłokach napiętych, wyraźnie tkliwy przy obmacywaniu, najbardziej w zakresie podżebrza prawego. Wątroba powiększona, sięga do wysokości pępka, nawewnątrz przekracza linję środkową na 5 palców, o brzegu miękkim, tępym. Śledziona niemacalna. Badanie moczu wykazało ślad białka. Badaniem krwi stwierdzono leukocytozę 15.300 z przesunięciem w lewo wedle Schillinga. Badanie Roentgenem wykazuje po stronie prawej znaczne uniesienie i unieruchomienie przepony z równoczesnem obniżeniem dolnego brzegu wątroby, o jednostajnym silnie wysyconym cieniu. Wykonane nakłucie między IX a X żebrem w linji łopatkowej prawej wykazało około 4 cm^3 gęstej treści ropnej, stosunkowo powierzchownie usadowionej, bo 3 cm od powierzchni skóry. Umiejscowienie odpowiadało ropniowi przedprzeponowemu tylno-górnemu. Badanie bakterjologiczne uzyskanej ropy wykazało gronkowca złocistego. Wobec powyższych danych, z rozpoznaniem ropnia podprzeponowego, przystąpiono do zabiegu operacyjnego, polegającego na tem, że po podokostnowem wycięciu części XI żebra otwarto przestrzeń podprzeponową. Wprowadzony palec natrafił na luźne zrosty, z których po tępem ich rozpreparowaniu wydostała się skąpa ilość treści ropnej płynnej. Zaznaczyć należy, że palec posuwał się po stosunkowo gładkiej tylnej powierzchni wątroby i dopiero u jej szczytu, a więc w części leżącej tuż za *ligamentum suspensorium* natrafiało się na rozmiękającą powierzchnię wątroby, a wprowadzony w głąb palec natrafiał na jamę wypełnioną rozpadającą się miazgą miąższu wątrobowego. Dokładna jednak orjentacja co do charakteru i rozległości zmian w wątrobie była niemożliwą. Przestrzeń podprzeponową, oraz opisaną jamę w wątrobie zdrenowano i zasączkowano. Stan chorego dziecka, który już przed operacją przedstawiał się beznadziejnie, po zabiegu nie uległ poprawie i w 12 godzin później zakończył się zejściem śmiertelnem. Przeprowadzona sekcja wykazała rozległy karbunkuł wątroby, zajmujący prawie cały prawy płat wątroby, wielkości głowy dziecka, dość ostro odgraniczający się od prawidłowego miąższu wątrobowego. Na przekroju widoczne gdzieniegdzie pasemka i mostki zachowanego utkania wątroby. Poszczególne ogniska martwicze ulegały rozmiękaniu i zlewały się miejscami w jedną całość. Pozatem stwierdzono wysięk surowiczo-włóknikowy prawej jamy opłucnowej i jamy brzusznej jako wyraz zadrażnienia sąsiednich błon surowiczych. Zmiany zwyrodnieniowe narządów oraz ostry obrzęk śledziony były pozostałemi zmianami, jakie w ustroju stwierdzono. (Demonstracja zdjęć). Jak więc z historji choroby i wyniku szczegółowo przeprowadzonych oględzin zwłok wynika, nie można było ustalić punktu wyjścia dla przerzutowej sprawy w wątrobie. Aby zdać sobie jasno sprawę ze sposobu powstawania ropni wątroby, musimy odtworzyć wszystkie drogi dotarcia czynników zakaźnych wywołujących ropnie. Dróg tych jest wiele, a więc przedewszystkiem najczęstsze ropnie powstałe od strony dróg żółciowych, które już w stanie fizjologicznym mogą zawierać czynniki chorobotwórcze. Następną drogą są naczynia krwionośne: z jednej strony odgałęzienia żyły wrotnej, powodujące stosunkowo częste ropnie przy wszystkich sprawach zapalnych przewodu pokarmowego jak czerwonka, ropne zapalenie wyrostka robaczkowego,

zapalenie wrzodziejące kiszki grubej i wiele innych, z drugiej strony drogą naczyń tętniczych może przyjść do wielokrotnego tworzenia się ropni przerzutowych przy ropieniu w jakiejkolwiek części ustroju jak czyraczność, róża, gronkowcowe zapalenie wsierdzia i inne. Ostateczną drogą mogą być naczynia chłonne przy ropieniu w najbliższem otoczeniu, pomijając jako moment wywołujący uraz w postaci przebicia a nawet uderzenia tępego (Kaufmann, Richter), oraz ropnie idjopatyczne w okolicach równikowych. Anatomicznie umiejscowienia i makroskopowy wygląd preparatu uzyskanego sekcyjnie przemawiają w naszym przypadku za zatorem bakteryjnym w prawej gałęzi tętnicy wątrobowej. Etjologja powstania karbunkułu w przypadku powyższym jest zupełnie jednakże niejasna, gdyż nawet dokładna autopsja nie potrafiła ustalić ogniska pierwotnego, które możnaby przyjąć za bramę wypadową dla zatoru bakteryjnego. Jeden wielki konglomerat mnogich ognisk martwiczych, w których nie przychodzi do rozmiękania i wytworzenia się ropy płynnej — oto cechy charakterystyczne karbunkułu narządu miąższowego, w którym zjadliwość drobnoustrojów względnie zmniejszona odporność w terenie ich działania, nie są w stanie wytworzyć typowego ropnia. Przypadek przedstawia pod względem anatomicznym rzadki obraz karbunkułu narządu miąższowego, który dziś zyskuje prawo obywatelstwa w piśmiennictwie chirurgicznem, jako pewnego rodzaju odrębna jednostka chorobowa jak np. karbunkuły nerek, dziś coraz częściej spotykane w piśmiennictwie ze względu na ustalenie nazwy (Stucker, Heller, Richter).

3. Kol. Bross W., czł. T-wa, przedstawił i omówił przypadek chorego 35-letniego, któremu usunięto operacyjnie tętniak tętnicy biodrowej zewnętrznej. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że przedstawiał dość duże trudności rozpoznawcze, gdyż brak było typowych objawów zwykle tak charakterystycznych dla tętniaka. Pierwsze objawy obecnej choroby zauważył chory przed 2 miesiącami pod postacią obrzęku stopy lewej, który przy leżeniu w łóżku ustępował. Przed 3 tygodniami zauważył w lewej dolnej partji jamy brzusznej guz, wielkości pięści dorosłego człowieka. Guz ten z początku powiększał się powoli; w ostatnim czasie zauważył chory szybki wzrost jego, a w chwili przyjęcia na klinikę guz osiągnął wielkość głowy dziecka. W podbrzuszu lewem stwierdzono guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z głębi jamy brzusznej, usadowiony na szerokiej podstawie, mało ruchomy. Guz o powierzchni gładkiej nie był z powłokami brzusznemi zrośnięty. Wypuk nad guzem stłumiony, obmacywaniem jest niebolesny. Przy dokładniejszej obserwacji stwierdza się udzielone jaboby tętnienie. Kończyna dolna lewa w całości obrzękła; na udzie zwłaszcza po jego stronie zewnętrznej widoczna jest siatka rozszerzonych powierzchownych naczyń żylnych. Badaniem palcem *per rectum* stwierdza się wypuklenie przedniej ściany odbytnicy. Krew cytologicznie i mocz zmian nie wykazują. Z rozpoznaniem guza zaotrzewnego przystąpiono do zabiegu operacyjnego, który wykonał prof. Ostrowski. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono guz kulisty, wielkości główki dziecka, leżący pozaotrzewnowo. Początkowo o charakterze guza, wykazującego tylko elastyczność, trudno było coś powiedzieć. Dopiero po nacięciu tylnej blaszki otrzewnowej i zupełnem prawie oddzieleniu guza w pewnym momencie zauważono tętnienie ekspansywne. Punkcja wykazująca krew w guzie zadecydowała o postawieniu właściwego rozpoznania, a więc już w czasie samego zabiegu operacyjnego. Dokładna orjentacja anatomiczna była o tyle utrudniona, że guz cały swoją masą zakrywał nietylko tętnicę biodrową wspólną, ale i jej rozgałęzienia. Dopiero po wypreparowaniu górnej szypuły okazało się, że jest to tętniak tętnicy biodrowej zewnętrznej. Dalszy akt operacyjny polegał na wypreparowaniu obwodowej szypuły tętniaka na wysokości więzadła pachwinowego i wycięciu tętniaka w całości. Po przedstawieniu przebiegu pooperacyjnego omówił prelegent w krótkości etjologię tętniaków wogóle. W przypadku powyższym przychodzi na podstawie ujemnych wyników odczynów serologicznych we krwi i płynie mózgowordzeniowym oraz obrazu drobnowidowego, niewykazującego zmian swoistych względnie miażdżycowych, do wniosku, że mamy tu do czynienia z rzadką postacią tętniaka prawdziwego powstałego najprawdopodobniej na tle urazu w naczyniu *a priori* uboższem w elementy sprężyste. (Pokaz preparatów drobnowidowych). Wkońcu przytacza B. metody leczenia tętniaków i podnosi, że najlepszy wynik daje usunięcie tętniaka w granicach zdrowych w tych przypadkach, gdzie to ze względu na jego punkt wyjścia, lub ze względu na wytworzone krążenie oboczne jest możliwe. (Przeznaczone do druku w P. G. L.).

W dyskusji kol. Fels, czł. T-wa, przypomina, że przed mniej-więcej 20 laty przedstawiony był w Lw. Tow. Lek. przypadek tętniaka tętnicy biodrowej wspólnej.

4. Kol. J. Fraenklowa: *Psychoterapja* (metody i krytyka). Wykład. Po naszkicowaniu we wstępie trudności związanych z przedstawieniem obszernego tematu w ramach krótkiego wykładu, prelegentka omawia kolejno metody psychoterapeutyczne i ich zastosowanie. Psychoterapja obejmuje cały szereg metod, które wychodząc z rozmaitych teoretycznych założeń, starają się różnemi drogami dojść do tego samego celu. Najstarsze metody, perswazja i sugestja na jawie, wprowadzone do lecznictwa przez Bernheima i Charcota mają uświadomić chorego o przyczynach choroby i uczyć go racjonalnego prowadzenia życia lub sugestywnie usuwać objawy chorobowe. Obie metody rzadko dzisiaj stosowane, są naogół niewystarczające, gdyż zwracają się zbytnio do świadomej woli chorego. Przeważnie metody psychoterapeutyczne starają się tę świadomą wolę wykluczyć, ażeby dostać się bezpośrednio do sfery popędów, t. j. do nieświadomego. Osiągnąć to można na drodze pewnego odprężenia psychicznego, które wprowadził Coué lub na drodze hipnozy. Podczas gdy pierwsza nie nadaje się do leczenia cięższych nerwic, ma hipnoza szerokie zastosowanie terapeutyczne wszędzie tam, gdzie stany podniecenia lękowego, niepokoju lub złego samopoczucia są następstwem jakiegoś aktualnego konfliktu lub jakiegoś doznanego świadomego urazu. Do leczenia hipnozą nadają się również „nerwowe“ objawy cielesne, a więc sensacje ze strony serca, pewne stany astmatyczne, trudności w oddawaniu moczu, stany bezsenności i t. p. Na nowe drogi weszła psychoterapja z chwilą, kiedy Freud zwrócił uwagę na to, że przyczyną objawów nerwicowych są konflikty między świadomem „ja“ a życzeniami wypływającemi z popędów. Psychoanaliza polega na tem, że lekarz usiłuje przez tłumaczenie symbolów sennych, drobnych pomyłek i przypadkowych działań dojść do przeżyć urazowych i sprzężonych z niemi łańcuchów nieświadomych przeżyć. Okazało się, że samo uświadomienie przeżycia urazowego nie wystarczy do usunięcia objawu chorobowego i dlatego cały szereg psychoanalityków odstąpił od biernej techniki głoszonej przez Freuda i wprowadził rozmaite modyfikacje metody psychoanalitycznej (Ferenczi, Stekel, Jung). Szkoła indywidualno-psychologiczna, stworzona przez Adlera, uważa za przyczynę wszystkich nerwic poczucie małej wartości i powstające jako reakcja na nie pęd do mocy oraz pęd do społeczności. Zadaniem leczenia tą metodą jest usunięcie rozbieżności między sytuacją życiową a pędem do mocy, wzmożenie instynktów społecznych i wychowanie człowieka do życia społecznego. Obok tych metod istnieje jeszcze grupa metod bardziej aktywnych, objętych wspólną nazwą metod psychagogicznych. Twórcy tych metod Janet, Kronfeld, Prinzhorn i inni podkreślają przedewszystkiem znaczenie wychowawcze tych metod, zmierzające do tego, ażeby zrobić z chorego człowieka bardziej odpornego i bardziej przystosowanego do życia. Wszystkie te metody psychoterapeutyczne są metodami psychoterapji bezpośredniej, obok której odróżnia się jeszcze psychoterapię pośrednią, czyli krytą, mającą zastosowanie tylko w tych przypadkach, gdzie psychoterapji bezpośredniej nie można stosować. Jeżeli chodzi o wskazania do psychoterapji, to najbardziej do tego leczenia nadają się nerwice, następnie zaburzenia cielesne funkcjonalne, a nawet organiczne tak ciężkie, jak gruźlica, choroba Basedowa, cukrzyca i inne. Wybór metody psychoterapeutycznej zależy od rodzaju nerwicy. Dokładne zapoznanie się z osobowością chorego i jego charakterem, a następnie studjum głębinowe jego osobowości pozwala w każdym przypadku rozwikłać istotę nerwicy.

Kol. Tomanek, czł. Tow., *w dyskusji* podnosi wielkie znaczenie takich czynników, jak sugestja lub hipnoza, które w szeregu przypadków wpływają nietylko na psychikę, na układ wegetatywny, ale także nawet wywierają wpływy na procesy biologiczne. Należą tutaj przesunięcia jonów *Ca* i *K* w ich stężeniach we krwi pod wpływem psychogenicznym spostrzegane przez Marxa, a dalej Tomassona i Glasera lub przesunięcia w stężeniu jonów wodorowych opisane przez Kerstnera i Knippinga. Pawłów i Hayr spostrzegali wzmożenie się soków trawiennych pod wpływem podniet psychologicznych. Zdawać mogłoby się, że wpływy natury sugestywnej oddziaływują leczniczo głównie na osobników dotkniętych zaburzeniami czynnościowemi, a więc w przypadkach nerwic wszelkiego typu, nerwic układu wegetatywnego, przy częstoskurczu napadowym, przy chorobie Basedowa i t. p. Jednakowoż tak nie jest. Właśnie gruźlica, jak słusznie podniosła prelegentka, należy do tych chorób, które oddziaływują na sugestję. Być może, że pozostaje to w związku ze szczególną wrażliwością *(labilitas)* gruźliczych, która była szczególnym przedmiotem badań tak ze strony autorów niemieckich (Stern, Bochalli i in.), jakoteż i amerykańskich (Linsly-Hill). Okazuje się, że często chorzy na gruźlicę silnie oddziaływują na uświadomienie ich co do rodzaju choroby. Zdarza się, że to nawet wypacza ich

normalny sposób myślenia, a czasami działa wstrząsowo. Również przyczyną owej sugestywności gruźliczych mają być zmiany psychiczne opisywane u tych chorych przez licznych autorów, a przedstawione także przez mówcę w latach ubiegłych na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. Stan euforji ważny jest dla przebiegu wszystkich cięższych chorób, zaś w gruźlicy odgrywa rolę ważną. Za tem świadczy fakt, że owa euforja niejednokrotnie wytwarza się tutaj samoistnie i towarzyszy postaciom gruźlicy o postępie wolnym. Sposoby wywołania takiej euforji są liczne. Należy tutaj np. wygodny tryb życia sanatoryjnego, leżakowanie lub rozrywki. Na wpływ diety wykwintnej na psychikę gruźliczych w kierunku pobudzania do euforji zwrócił niedawno uwagę Dumarest. Rzecz tę ujętą z tego samego stanowiska poruszył również mówca w tym samym czasie, w r. ub. na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. Takie leczenie pracą ma na celu w gruźlicy wpływanie na psychikę tych chorych i w ten sposób naprowadzanie równowagi pomiędzy procesem chorobowym, a stanem duchowym chorych. Widać stąd, jak wielkie znaczenie dla ftizjologji może posiadać w przyszłości studjum psychologji i psychoterapji.

Kol. Pisek, czł. T-wa: Psychoterapja jest sztuką — przynajmniej dotychczas. Może i połowę naszych leczniczych efektów zawdzięczamy psychicznemu nastawieniu chorego, osobistemu wpływowi lekarza. Sława i rozgłos wielkiego lekarza w znacznej części ma w tem swoje źródło. Mądrze mawiali starzy: *Si duo faciunt idem, non est idem.* Psychoanaliza freudowska, adlerowska i t. d., jeśli wolno tak mówić, nowoczesne terapeutyczne kierunki niewątpliwie są postępem, bo przynoszą strapionemu choremu ulgę, a nawet zdrowie. Do tego wszakże celu potrzebne są dwa warunki: chory szczególnie wrażliwy, a drugie lekarz doświadczony— to co tyle razy słyszymy w codziennem życiu: *the right man on the right place.* Otóż dzisiejszy lekarz niestety nie często może być i nie często bywa, jak żądał Hippokrates: *Medicus enim philosophus est Deo aequalis* — i z tych też powodów psychoterapeutami mogą być tylko jednostki nieliczne, w szczególności psychoanalitykami. Jeżeli znany niemiecki autor w swojej powieści *(Der Zauberberg — Czarodziejska Góra)* charakteryzuje psychozę chorych gruźliczych w sanatorjach w sposób bardzo trafny — wprost lekarski — widać, że wymaga to niezwykłej bystrości obserwacji i kunsztu naratorskiego, co oczywista jest podstawowym warunkiem psychoterapeuty. W tym kierunku należałoby naukowe rozwiązanie prelegentki dopełnić.

Kol. Sieradzki, czł. T-wa, zauważa, że psychoterapja jako jeden ze składników działania lekarskiego jest tak dawną jak lecznictwo wogóle. Obecnie czynnik ten poddano naukowemu rozpatrzeniu, rozszerzono metody, określono bliżej wskazania. Z badań tych obiecywać sobie można wiele korzyści dla pedagogji, zwłaszcza dotyczącej dzieci nienormalnych. Poznanie tej dziedziny potrzebnem będzie dla lekarzy szkolnych, nadto dla lekarzy, którzy będą zajmować stanowiska w zakładach wychowawczych i w zakładach poprawczych, przewidzianych przez kodeks polski dla przestępców nieletnich.

Kol. Ostrowski T., prezes Tow., podnosi, że również w chirurgji psychoterapja ważną odgrywa rolę. Chorych psychicznie wrażliwych, u których zabieg operacyjny nie jest natychmiast konieczny, nie powinno się operować, a dopiero przygotowywać ich powoli do zabiegu i drogą sugestji wzbudzać u nich zaufanie. Sprawa powyższa była przedmiotem obrad na jednym z ostatnich kongresów chirurgów i internistów francuskich, gdzie chodziło właśnie o ustalenie, jakich chorych powinno się operować.

Sprawozdanie z X. posiedzenia naukowego odbytego dnia 27 kwietnia 1934 r.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. A. Chwalibogowski, czł. T-wa przedstawia 3-letnią dziewczynkę z chorobą Selter-Swift-Feera. Choroba rozpoczęła się w listopadzie r. 1933 z objawami ze strony dróg moczowych, mianowicie częstem i bolesnem oddawaniem moczu. W grudniu stwierdzono ropomocz. Około połowy stycznia 1934 r. wystąpiła apatja i zmęczenie, wkrótce potem skargi na bóle kończyn, w związku z czem dziecko położyło się do łóżka. W pierwszych dniach lutego zauważono pocenie się tak obfite, że trzeba było po kilka razy w ciągu dnia zmieniać bieliznę. W końcu lutego wystąpiła wysypka na tułowiu, a w parę dni później zaczerwienienie oraz obrzęk rąk i stóp. Od 2 tygodni stwierdza się obfite złuszczenie naskórka dłoni i podeszew. Apetyt jest lichy. Ciepłota ciała zasadniczo normalna, dopiero od kilku dni podwyższona do 37,5°. Stolec z tendencją do zaparcia, mocz oddaje dziecko obecnie bezboleśnie, bardzo rzadko i w skąpej ilości. Stan w chwili przyjęcia do kliniki, t. j. 13 kwietnia: Dziecko prawidłowe pod względem umysłowym, średnio pod względem fizycznym rozwinięte, o średnim stanie odżywienia, nieco blade, zwraca uwagę apatycznym i zmęczonym wyrazem twarzy, oraz zmianami na skórze. Na tułowiu, głównie w zakresie klatki piersiowej stwierdza się rozsianą osutkę drobnoguzkową. Poszczególne guzki wielkości łebka szpilki, barwy żywo do sino-czerwonej, mają na samym szczycie małe pęcherzyki, wypełnione treścią surowiczo-mętną lub też rąbek złuszczającego się naskórka (po pękniętym pęcherzyku). Obrzmiałe, zgrubiałe i zaczerwienione dłonie i podeszwy wskazują rozlane złuszczenie się naskórka w postaci wielkich i grubych płatów. Pozatem na całej powierzchni ciała stwierdza się nadmierne wydzielanie się potu, najsilniejsze w zakresie dłoni i podeszew. Gardło jest nieznacznie zaczerwienione. Płuca bez zmian. Serce przy normalnych rozmiarach i konfiguracji wykazuje znaczne przyspieszenie akcji (150—160/min.). W jamie brzusznej poza licznemi guzami kałowemi w kiszce grubej zstępującej i esowatej stosunki prawidłowe. Narząd moczowo-płciowy bez zmian. System nerwowy: odruchy fizjologiczne prawidłowe, patologicznych nie stwierdza się. W zachowaniu dziecka uderza apatja oraz niechęć do jakiegokolwiek wysiłku mięśniowego. W czasie pobytu dziecka w klinice stwierdzono nasilenie opisanych objawów, a pozatem szereg dalszych, częścią nowych, częścią zaś zaraz przy wstępnem badaniu niedających się stwierdzić. Są to: drżenie rąk i nóg o częstem tempie i małych wychyleniach, występujące szczególnie wyraźnie i po długim wysiłku mięśniowym względnie na zimnie, hipotonja mięśniowa przy prawidłowych odruchach ścięgnistych i dobrej sile motorycznej, światłowstręt, zaburzenia snu w nocy, senność w dzień, drażliwość, skargi na bóle kończyn i brzucha, swędzenie skóry, z śladami drapania i następowem zakażeniem, hipertonja do 110 mm Hg, hipo- wzgl. aneozynofilja przy bardzo nieznacznej leukocytozie z zaznaczonem przesunięciem na lewo, wysoki poziom cukru naczczo (118 mg%) oraz krzywą glikemiczną po jednorazowem obciążeniu glukozą, jak w cukrzycy (po 2 godzinach 139 mg%), wzmożone wydzielanie śliny, uporczywe i obfite pocenie się, wypadanie włosów. Dane powyższe pozwalają rozpoznać neurozę wegetatywną Selter-Swift-Feera. Po szczegółowem przedstawieniu obrazu klinicznego omawia pokrótce diagnostykę różniczkową, leczenie i rokowanie oraz podaje niejasne jeszcze do tej pory dane z etjologji i patogenezy omawianego obrazu chorobowego, wkońcu podnosi jego rzadkość na ziemiach polskich. (Do tej pory trzy przypadki, ogłoszone przez Wł. Sterlinga z Warszawy, 1929).

W dyskusji: Kol. Rosenbusch zaznacza, że demonstrowany przypadek choroby Selter-Swift-Feera w chwili przyjęcia na klinikę był trudny do rozpoznania, po pierwsze ze względu na rzadkość występowania tego schorzenia u nas, powtóre ze względu na niekompletność obrazu. Matka w anamnezie podała, że dziecko niechętnie staje, objaw ten niemający pozornie żadnego związku z chorobą, spowodu której dziecko zostało oddane na klinikę, kazał szukać dalszych. Rzeczywiście mówca stwierdził przyśpieszenie akcji serca, akrocyjanozę, łuszczenie kończyn, wysypkę na skórze, nadmierne pocenie się. Objawy powyższe pozwoliły mówcy rozpoznać chorobę Feera, co dalsza obserwacja przeprowadzona przez Kol. Chwalibogowskiego potwierdziła. Chorobę Feera należy uważać za kompleks objawów, spowodowanych raczej lokalizacją noksy w systemie wegetatywnym lub wewnątrzwydzielniczym, aniżeli jej jednolitością.

Kol. Goldschlag zabiera głos w sprawie zmian skórnych spotykanych przy tem schorzeniu.

2. Kol. Grzędzielski wygłosił: Leczenie operacyjne oderwania siatkówki. Leczenie oderwania siatkówki jest w ścisłym związku z mechanizmem powstania, w którym główną rolę odgrywa otwór w siatkówce i rozpłynięcie ciałka szklistego, co prelegent objaśnia na mikrofotografji uzyskanej z preparatu doświadczalnego oderwania siatkówki. Zapomocą leczenia operacyjnego, którego twórcą jest Gonin, zdążającego do zamknięcia otworów w siatkówce, uzyskano najlepsze wyniki z dotychczas znanych w tej jak dotąd beznadziejnej sprawie chorobowej. Prelegent omawia rozmaite metody operacyjne, będące obecnie w użyciu, począwszy od klasycznej ignipunktury Gonina, wykonywanej zapomocą termokauteru benzynowego, galwanokaustykę perforującą, metody chemiczne i operację zapomocą diatermji. Działanie diatermji prelegent ilustruje preparatami uzyskanemi z oka królika. Obecnie diatermja jest najbardziej używanym sposobem operacyjnym. W dalszym ciągu prelegent omawia sprawę wynajdywania i lokalizowania otworów w siatkówce, jako czynności przedwstępne dla zabiegu operacyjnego, oraz postępowanie pooperacyjne. W prognozie operacyjnego leczenia oderwania siatkówki rozmaite czynniki odgrywają rolę, a zwłaszcza wiek chorego. W materjale kliniki okulistycznej na 17 chorych do 40 r. ż. było 6 wyleczonych, na 12 powyżej 40 r. ż. dwóch. Pozatem niezmiernie ważnym czynnikiem jest czas trwa-

nia choroby. Byłoby błędem sztuki w przypadkach nadających się do operacji próbować leczenia konserwatywnego i tracić chwile najbardziej korzystne dla zabiegu operacyjnego. Ważność leczenia operacyjnego oderwania siatkówki okazuje się najlepiej wtedy, gdy zostanie wyleczone oko u chorego, który już jedno stracił na oderwanie siatkówki. U 7 chorych jednookich w 4 uzyskano całkowite wyleczenie. Prelegent demonstruje dwóch takich chorych wyleczonych zapomocą diatermji.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Naróg, Musiał i Luftmann.

Kol. Musiał zaznacza, że przy odklejeniu siatkówki mamy cały szereg zabiegów operacyjnych, których zadaniem jest wytworzenie stanu zapalnego między siatkówką a naczyniówką i doprowadzenia tą drogą do zrostu między siatkówką a naczyniówką. Procent dobrych wyników pooperacyjnych waha się w dość szerokich granicach, co znów zależy nietylko od operatora, ale od całego szeregu czynników ubocznych istniejących w danej chwili w oku samem, a utrudniających, lub ułatwiających przyklejanie siatkówki. Najlepsze wyniki pooperacyjne dają odklejenia siatkówki pochodzenia zapalnego w naczyniówce i te już przy dawnym sposobie leczenia zachowawczym dawały dobre wyniki. Wprawdzie im odklejenie siatkówki świeższe, tem i rokowanie jest lepsze, lecz nieraz i bardzo napozór zaniedbany przypadek może się skończyć zupełnie pomyślnie. Nawet po roku przeprowadzona operacja może doprowadzić do zupełnego wyleczenia, na dowód czego przytacza M. przypadek dotyczący chorej lat 42, która zachorowała nagle wśród objawów mózgowo-rdzeniowych dnia 16. V. 1932 r. Po 5 dniach pobytu w szpitalu w Przemyślu zabrano chorą spowrotem zupełnie nieprzytomną na odpowiedzialność męża. Po odzyskaniu przytomności okazało się, że chora zaniewidziała na oba oczy. Przywieziona w trzy miesiące od zachorowania do Lwowa została przyjęta na oddział oczny. Badanie wykazało odklejenie siatkówki obustronne z zaciemnieniem ciałka szklistego, upośledzeniem widzenia do rozpoznawania ruchów ręki przed okiem, brak refleksu różowego z dna oka. Ponieważ miało się w tym przypadku do czynienia ze stanem zapalnym obustronnym w naczyniówkach po przebyciu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z płynem krwawym w punktacie (doniesienie ze szpitala w Przemyślu), zastosowano leczenie przeciwzapalne, tem więcej, że nie można było nawet dokładnie zbadać dna oczu spowodu zaciemnienia w ciałku szklistem. Po 6-tygodniowym pobycie w szpitalu chora zgłosiła się po raz drugi po upływie roku. Obraz chorobowy oczu prawie taki sam jak przed rokiem, może nieznaczne wyjaśnienie ciałka szklistego, pozatem słaby odblask różowy z oka prawego przy patrzeniu na stronę prawą. Widzenie ograniczone do rozpoznawania ruchów ręki przed oczami. Wobec takiego stanu oczu u chorej zaproponował M. chorej zabieg operacyjny, z małą nadzieją uzyskania poprawy. Wykonał ignipunkturę twardówki w 7 miejscach, wypuszczając znaczną ilość cieczy surowiczej spod siatkówki. Już przy pierwszej zmianie opatrunku na trzeci dzień chora rozpoznawała zupełnie dobrze palec na pół metra w linji prostej przed okiem i to w ciemnym pokoju. W dwa tygodnie po operacji chora liczyła już palce na 6 metrów. Badanie jednak wziernikiem wykazało jeszcze częściowe odklejenie siatkówki. Zdumiewającem było, że kiedy przed operacją nie można było widzieć żadnego odblasku różowego z dna oka, to już przy pierwszem badaniu a więc w kilka dni tylko po niej prawie wszędzie dno oka różowe z wyjątkiem części nosowo-górnej, gdzie jeszcze istniało odklejenie siatkówki. Wobec tego po upływie trzech tygodni powtórzył zabieg, wykonując jeszcze w 8 miejscach ignipunkturę bez ujemnych skutków dla oka. Na oku lewem wykonał tego samego dnia aż 12 ignipunktur z małą nadzieją na jakąkolwiek poprawę, gdyż oko to przedstawiało już bardzo ciężkie zmiany wewnątrz przy zupełnie odklejonej siatkówce, jednak i tu uzyskał poprawę aczkolwiek nieznaczną, bo tylko widzenie podniosło się na rozpoznawanie palców na trzy metry. Po dwumiesięcznym pobycie na oddziale opuściła chora szpital z bystrością wzroku 6/18 na oku prawem i trzy metry palce na lewem. Badanie ostatnio przeprowadzone w lutym b. r. wykazało widzenie jak poprzednio, nigdzie śladu oderwania siatkówki, pole widzenia w granicach nieco tylko zwężonych. Przypadek zasługuje na uwagę, jako nadzwyczaj rzadkie powikłanie przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych *(meningit. epidem.)* a nadto, że operacja wykonana dopiero po upływie kilkunastu miesięcy dała tak znakomity wynik.

Kol. Grzędzielski *w odpowiedzi:* Przypadek Kol. Musiała jest zupełnie z innej grupy. Są t. zw. oderwania wtórne, w których przyczyną jest jakiś wyraźny proces chorobowy w oku i oderwania pierwotne, gdzie brak jest takiej wyraźnej przyczyny, a które znamionuje głównie otwór w siatkówce. Te ostatnie przebiegają zasadniczo o wiele ciężej i są one przedmiotem leczenia operacyjnego, o którem była mowa. Jeżeli prelegent mówi o wyleczeniu oderwania siatkówki, to rozumie przez to tylko całkowite przyklejenie siatkówki. Poprawa może nastąpić i bez leczenia, jeżeli oderwanie zwykłym przebiegiem rzeczy opadnie ku dołowi i nastąpi częściowy powrót widzenia plamką żółtą. Tu należy właśnie przypadek wspomniany przez Kol. Naroga. Tego chorego prelegent zna doskonale, u którego bystrość wzroku stale się pogarsza. Możnaby się spodziewać, że gdyby chory ten był leczony operacyjnie. to do chwili obecnej utrzymałby dobrą bystrość wzroku. Co się tyczy wskazań operacyjnych u ludzi starszych, to prelegent w fakcie, że u nich prognoza operacyjna jest o wiele gorsza niż u ludzi młodszych, widzi raczej konieczność pośpiechu do zabiegu.

Sekretarz Doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 marca 1934 roku.

Kol. Goebel Fr. wygłosił odczyt p. t.: *„Śledziona a przemiana cholesterynowa“.*

Rola śledziony w przemianie cholesterynowej nie jest jeszcze zupełnie jasna i ustalona, Aschoff i jego szkoła uważają śledzionę jako narząd magazynujący tylko cholesterynę. Z drugiej strony istnieje wiele danych na korzyść raczej czynnej roli śledziony w gospodarce cholesterynowej (Abelous i Soula, Laporte, Goebel F., Bugnard). Po usunięciu śledziony (badania na 11 psach w ciągu 60—160 dni) okazało się, że u psów bezśledzionowych niema jednego jednolitego typu krzywej cholesteryny. Początkowo po splenektomji przeważa obniżenie poziomu cholesteryny, później zaznacza się hipercholesterynemja, potem często znów spadek.

Ponieważ otrzymane wyniki nie rozstrzygają jasno zagadnienia, czy w śledzionie odbywa się magazynowanie cholesteryny, przeto w dalszym ciągu pracy przeprowadzono następujące doświadczenia: psom podawano podskórnie 2—3 g cholesteryny, poczem oznaczano poziom cholesteryny we krwi w ciągu 3 godz.

Następnie u zwierząt tych wykonywano splenektomję i w 6 dni i po 30 dniach powtarzano obciążenie cholesteryną i wyznaczano krzywą cholesterynową we krwi. Podanie podskórne cholesteryny u psów normalnych wywoływało krótkotrwałą hipercholesterynemję. Inaczej przedstawiała się krzywa u psów bezśledzionowych: poziom cholesteryny podnosi się również, ale to podniesienie utrzymuje się znacznie dłużej. Fakt ten przemawia za tem, że w śledzionie odbywa się również magazynowanie cholesteryny.

Rola śledziony w przemianie cholesterynowej musi więc być podwójną: z jednej strony śledziona bierze udział w wytwarzaniu cholesteryny, z drugiej w jej magazynowaniu.

Kol. Jakimowicz omówił *„Uraz czaszki i krwotok podpajęczynówkowy“.* Następowe zapalenie opon jałowe, trwające przez pół roku z przerywaną gorączką zależną od przepuszczającego wodogłowia. Wpływ korzystny odmy mózgowej u mężczyzny, lat 32, obalonego przez motocykl.

W powyższym przypadku uraz czaszki wywołał krwotoki podpajęczynówkowe (i prawdopodobnie w tkance mózgowej), a te spowodowały odczynowe zapalenie opon jałowe, prowadzące do wodogłowia i sczasem do tarczy zastoinowej. Długotrwałość zapalnej sprawy w oponach była zapewne zależną od usadowienia się znacznych mas krwotocznych w okolicy zbiornika móżdżkowego, co utrudniało swobodny odpływ płynu z komór i jego wchłanianie w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Stan zapalny zaostrzał się spowodu braku dopływu świeżego płynu, mającego za zadanie rozcieńczenie wypociny zapalnej i ułatwianie jej usuwania. To nasilanie się miejscowego stanu zapalnego i zagęszczanie wypociny zapalnej doprowadziło okresowo do zupełnej niemożności wypływania płynu z komór oraz do nagłego obostrzenia wodogłowia z równoczesnem obostrzeniem objawów meningitycznych i gorączką. Nadmierne wzmożenie ciśnienia w komorach w tym okresie pokonywało bierny opór mas zalegających u ujść systemu komorowego, następowało wtedy „odczopowanie“ komór i kliniczny okres poprawy. Odtąd jednak ciśnienie w komorach z natury rzeczy spadało i znowu wracały dawne warunki utrudniające komunikację komór ze zbiornikiem móżdżkowym. Powietrze wprowadzane drogą lędźwiową do komór w okresie bezgorączkowym działało leczniczo dlatego, że przerywało zaczynającą się utrwalać blokadę płynu komorowego i wskutek rozbicia zlepów i mas zalegających w zbiorniku móżdżkowym chroniło na czas dłuższy od nasilenia się wodogłowia. Pierwsza odma natomiast wykonana bezpośrednio po dniu gorączkowym, t. j. w czasie samoistnego „oswobodzenia“ ujść z komór, pozostała bez wyniku.

Rozprawy:

Kol. Orzechowski K., czł. T-wa, w omawianym przypadku ciekawe jest to, że zapalenie opon pourazowe utrzymywało się tak długo z wysokiemi skokami gorączkowemi. Ten charakter gorączki mógł kierować rozpoznanie na jakąś chorobę podzwrotnikową (chory był przez pewien czas w Senegalu) albo na zimnicę. Tę sprawę jednak odrzuciliśmy i leczyliśmy chorego odmą. W ten sposób w ciągu miesięcznego pobytu w szpitalu chory został wyleczony. Lewkowicz dobrze opracował *meningitis cerebrospinalis epidemica acuta,* nie rozwinął jednak zagadnienia stanów przewlekłych tego zapalenia. Schematycznie wyobrażamy sobie, że po zatkaniu otworu Magendi'ego sprawa ropna zamknięta jest w komorach i nosi charakter ropnia. Zawartość komór nie może wyjść do przestrzeni podpajęczynówkowej, a stan zapalny ze ścian komór przenosi się na głębsze warstwy mózgowe. Byle odczopować wspomniany otwór, można u chorego dosłownie natychmiast uzyskać znaczną poprawę w stanie zdrowia i to tak długo, dopóki nie nastąpi ponowne zatkanie. Jeśli zbierający się wysięk nie odpływa, powstaje wodogłowie, w tym przypadku jałowe. Chory nasz miał krwotoki po urazie. Komora po jednej stronie, spowodu znaczniejszego obrażenia, jest większa, niż po drugiej stronie. W naszym przypadku masy krwotoczne podtrzymywały ciągle stan zapalny jałowy. Ze względów leczniczych ciekawe jest, że przypadki takie można wyleczyć, odtykając przejścia albo odmą albo wstrzykiwaniami roztworów hipertonicznych. Kol. Mikułowski próbuje stosować roztwory hipotoniczne, powodując tem zwiększenie ciśnienia międzykomorowego i wysunięcie czopu. Szkoła Flataua robiła przepłókiwania tych przestrzeni po trepanacji. My próbujemy leczyć drogą nakłucia lędźwiowego i podniesieniem ciśnienia do 50 cm. Nieraz nakłucie robi choremu dobrze, a nieraz już po wypuszczeniu 5 czy 6 cm^3 płynu zaczyna się silny ból głowy. Każdy chory ma swoją ilość płynu mózgowo-rdzeniowego, po wypuszczeniu którego odczuwa ból głowy. Powstaje on wskutek przesunięcia się móżdżku ku dołowi i ucisku na rdzeń przedłużony. Podczas wodogłowia zamkniętego znikają leukocyty z płynu, a wzrasta ilość białka.

Kol. Grzywo-Dąbrowski W. zapytuje, czy podczas choroby były stany, któreby można nazwać bezpośredniem niebezpieczeństwem dla życia tak, że trzeba było stosować kamforę, a następnie — ile razy był badany płyn i w jakim kierunku. Po otrzymaniu odpowiedzi od referenta, że stan serca był dobry nawet w czasie dużej gorączki, że płyn badano na posiew i rozmazy i że tylko raz wyhodowano paciorkowca, ale wskutek zanieczyszczenia: kol. Grzywo-Dąbrowski kwalifikuje powyższy przypadek z art. 236 k. k., ponieważ ogólny rozstrój zdrowia trwał dłużej niż 20 dni.

Kol. Kryński L. uważa, że lepiej jest używać określenia „wodogłowie przerywane" niż „przepuszczające". Następnie mówca zapytuje o technikę stosowania odmy oraz o ilości wypuszczanego płynu. Wreszcie kol. Kryński sądzi, że efekt uwolnienia płynu możnaby osiągnąć prędzej na drodze chirurgicznej w przypadkach ograniczonego surowiczego przewlekłego zapalenia opon o zupełnie ścisłem umiejscowieniu.

Kol. Orzechowski nie zgadza się z kol. Grzywo-Dąbrowskim co do kwalifikacji przypadku. Sprawa u chorego przebiegała z objawami guza mózgu, który może wywołać nagłą śmierć. To samo może się zdarzyć w przebiegu każdego wodogłowia. Pod wpływem wzmożonego ciśnienia w komorach, po lada ruchu (kaszel) chory czasem ginie w następstwie t. zw. inwaginacji móżdżka. Jeśli chodzi o leczenie, to można robić operację odbarczającą, ale jest to zabieg cięższy, niż odma.

Kol. Leśniowski zapytuje, czy na wszystkich zdjęciach podmowych otrzymywano takie obrazy. Wodogłowie w tym przypadku utrzymywało się do końca, chociaż ciepłota ostatecznie opadła. Gdybyśmy mieli chociaż jedno zdjęcie, na którem nie byłoby powietrza w komorach, moglibyśmy mówić, że nastąpiło zaczopowanie. Co się tyczy leczenia, to czy nie byłoby celowem dokonać nakłucia pod potylicą. Weszlibyśmy wtedy w samą masę zatykającą i moglibyśmy przepłókać ją. Mówca przypomina sobie chorego, któremu dokonano nakłucia lędźwiowego oraz podpotylicowego i w ten sposób przepłókano przestrzeń podpajęczynówkową, z bardzo dobrym wynikiem. W omówionym przez prelegenta przypadku nie wyhodowano drobnoustrojów. Dr. Linkowicz ogłosił pracę o posocznicy meningokokowej. W przypadku tym autor nie mógł wstrzyknąć surowicy i stosował tylko nakłucia, a mimo to chorzy wyzdrowieli.

Kol. Jakimowicz odpowiada, że strzykawką 10 cm^3 lub 20 cm^3 wprowadza wprost powietrze do kanału kręgowego. Ilość wpuszczanego powietrza waha się od 50 cm^3 do 100 cm^3, przytem więcej wypuszcza się płynu, niż wprowadza powietrza. W omawianym przypadku istniało wodogłowie, które ulegało wahaniom. Po drugiej odmie zrobione było zdjęcie. Wynik był analogiczny. Centralnego nakłucia nie dokonywano, gdyż jest ono złączone z pewnem niebezpieczeństwem dla życia chorego.

Kol. Blacher wygłosił odczyt p. t.: *„Badania nad patogenezą małopłytkowości samorodnej.* Doniesienie II. Rola śledziony w świetle własnych badań oraz mechanizm powstawania krwotoczności w małopłytkowości samorodnej.

W rozprawach przemawiał Kol. Fidler A.

Odpowiadał Kol. Blacher.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Wice-Prezes: *Zdzisław Sławiński.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 marca 1934 roku.

1. Kol. Sekretarz Stały odczytuje *wspomnienie pośmiertne po ś. p. Dr. Janie Romanie Wojciechowskim.*

2. Kol. Leśniowski Stefan wygłosił odczyt p. t.: *„Z zaburzeń wegetatywnych w parkinsonizmie pośpiączkowym".*

Patofizjologja wydzielania potu wciąż jeszcze nastręcza wiele zagadnień niewyjaśnionych, pracę nad któremi ułatwiła znakomicie niedawno podana metoda Minora wykazywania pocenia. Mówca zajął się zaburzeniami potowydzielniczemi w parkinsonizmie pośpiączkowym. Przytacza dwa przypadki spostrzeganej nadpotliwości. U parkinsonowca, wykazującego przewagę objawów pozapiramidowych po stronie lewej ciała, spostrzegał nadmierne pocenie lewej połowy twarzy i tułowia w czasie spożywania gorących pokarmów. Próby potne (z aspiryną + herbatą + świetlanką i pilokarpiną) potwierdziły to spostrzeżenie. U chorej z hemiparkinsonizmem lewostronnym oraz częstemi i długotrwałemi napadami oczoporażnemi skóra lewej połowy ciała pokrywała się w czasie napadu grubokroplistym potem, podczas gdy prawa połowa ciała pozostawała sucha. Wobec powyższego mówca przeprowadził u 8 parkinsonowców, niewykazujących bezpośrednio dostrzegalnych zaburzeń pocenia, próby potne metodą Minora. Stwierdzono przytem, że wydzielanie potu przeważało stale po stronie ciała, która wykazywała większe natężenie zespołu amyostatycznego.

Mówca uzależnia owe zaburzenia pocenia od zmian anatomicznych w międzymóżdżu i śródmóżdżu, przyczem skłania się do przypuszczenia, że nadpotliwość powstaje w następstwie uszkodzenia przez proces encefalityczny bliżej nieznanych włókien hamujących pomiędzy ośrodkami międzymóżdża. Zaburzenia potowydzielnicze uważa przeto nie za przypadkowe powikłanie, lecz za integralną część zespołu parkinsonowskiego, których stopień waha się od występujących rzadko tak natężonych, że podpadają bezpośredniemu spostrzeganiu, do niejako utajonych, których wykrycie ułatwiła metoda Minora.

3. Kol. Zahorski W. przedstawił chorego *z małem ogniskiem chorobowem z obustronnemi objawami móżdżkowemi i niedowładem nerwu bloczkowego.*

Mężczyzna lat 69, żonaty, z zawodu urzędnik, został przywieziony do szpitala dnia 20 stycznia r. b. w stanie znacznego osłabienia, blady, podobno bez tętna, ale przytomny. Podaje, że od miesiąca miewał od czasu do czasu cierpnięcia prawej kończyny górnej lub dolnej. W dniu zachorowania rano czuł się dobrze. Popołudniu przy defekacji dostał gwałtownych wymiotów, zawrotów głowy, którym towarzyszyło dwojenie w oczach i coraz bardziej wzrastające osłabienie.

Przed 11 laty nagle stracił przytomność i miał być wówczas również bez tętna, jednakże innych objawów wtedy nie miał. Chorował przez kilka tygodni. Choroby przebyte: płonica, ospa wietrzna, zapalenie płuc. Warunki życia dość dobre. Palił i pił. Do 50 roku życia uprawiał sporty.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiony miernie, przytomny. Leży nawznak z głową zwróconą mocno na lewo. Przy innem położeniu występują wymioty, nudności i zawrót głowy. Powieki przymknięte dla uniknięcia zdwojonych obrazów. Granice serca prawidłowe, tony czyste głuchawe, akcja miarowa. Tętnice obwodowe dość miękkie niepokręcone, tętno miarowe 64 na min. dobrze napięte, średnio wypełnione. Ciśnienie krwi 185/88 (R. Rocci). Płuca i jama brzuszna bez zmian widocznych. Zaparcie stolca. Mocz odchodzi prawidłowo i nie wykazuje zmian patologicznych. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Badanie neurologiczne: czaszka przy obmacywaniu i opukiwaniu niebolesna. Źrenice wąskie, lewa nieco szersza od prawej, dobrze oddziaływują na światło i przystosowanie. Przy patrzeniu na boki oczopląs w prawo — drobny, skośny, w lewo poziomy, grubszy. Przy patrzeniu w dół oczopląs pionowy, przyczem gałki odpływają ku dołowi. Objaw Bella obustronnie dodatni. Pozatem nerwy czaszkowe bez zmian. Napięcie mięśni w kończynach górnych nieco zmniejszone, w wyższym stopniu

po stronie lewej. Ataksje kończyn górnych, zwłaszcza lewej, występujące również i przy oczach otwartych. Adiadochokineza kończyny górnej lewej. Przy próbie mijania kończyna górna lewa zbacza ku wewnątrz. Odruchy ścięgniste i okostnowe wygórowane na kończynach górnych, szczególnie po stronie lewej. Objaw Jacobsohna lewostronny dodatni. Odruchy brzuszne górne i średnie — żywe, dolne — słabe. Napięcia mięśni w kończynach dolnych małe zwłaszcza po stronie lewej. Odruchy kolanowe i Achillesa wzmożone. Odruch podeszwowy żywszy po stronie prawej. Stać i chodzić prawie nie może; pada czasem do tyłu, czasem na boki (może więcej na lewą stronę). Czucie powierzchowne i głębokie zachowane.

Badanie okulistyczne: analiza obrazów zdwojonych wykazuje największe rozchodzenie się ich przy patrzeniu w dół i w stronę lewą, przyczem obrazy są raz skrzyżowane, raz zgodne, co wykazuje, że mamy do czynienia z porażeniem nerwu bloczkowego lewego. Dno oka bez zmian. Po zawiązaniu lewego oka, chory stoi znacznie lepiej, przy próbie chodzenia nieco mniej się zatacza, podmiotowo odczuwa mniejszy zawrót. 25. I. Podwójne widzenie znikło. 30. I. Hipotonja i ataksja po prawej stronie ustąpiły. Padanie, przy staniu i chodzeniu, wyraźnie na lewo. 5. II. Oczopląs zniknął. 13. II. Wszystkie objawy ustąpiły; chory wypisuje się zdrów.

Mamy zatem w tym przypadku obustronny zespół objawów móżdżkowych (silniej zaznaczony po stronie lewej) oraz objawy porażenia lewego n. bloczkowego. Dokładniejsza analiza obrazu chorobowego pozwala umiejscowić schorzenie na przekroju śródmóżdża, przeprowadzonym przez przednią krawędź tylnych ciał czworaczych. Objawy występujące w początku choroby pozwalały przypuszczać, że zajęte są: jądro lewego nerwu bloczkowego, oba pęczki podłużne tylne, oraz skrzyżowanie ramion spajających, przyczem ognisko chorobowe leży nieco poniżej wodociągu Sylwjusza, na prawo od linji środkowej w nieznacznym tylko stopniu przekraczając tę linję w lewo. Obserwacja przebiegu choroby, kolejność i szybkość znikania poszczególnych objawów wskazują, że właściwe ognisko chorobowe ograniczało się do okolicy skrzyżowanych już włókien lewego ramienia spajającego, objawy zaś ze strony pęczków podłużnych tylnych, prawego ramienia spajającego: jądra nerwu bloczkowego, były wyrazem pośredniego ucisku na te szlaki przez sąsiadujące ognisko.

Rozpoznanie natury ogniska jest trudne i nie może być stanowcze. Najprawdopodobniejszem jest przypuszczenie wylewu krwi z naczyńka miażdżycowo zmienionego. Siedliskiem uszkodzenia było zapewne jedno z rozgałęzień tętnicy ciałek czworaczych, odchodzącej od tętnicy mózgowej tylnej.

W rozprawach przemawiali: Kol. Jakimowicz i Kol. Sekretarz Stały.

Odpowiadał: Kol. Zahorski.

4. Kol. Proszowski W. omówił: *„Czynniki lecznicze Truskawca"*.

W leczeniu zdrojowiskowem Truskawca jednym z pierwszych czynników leczniczych są jego wody kąpielowe siarczane i słone, a jako dodatek do nich stosowany jest czasem muł siarczany, borowina, bezwodnik węglowy. Kąpielowa solanka jest też do dyspozycji w otwartym basenie, przy którym jest plaża do kąpieli słoneczno-powietrznych. Przy tej sposobności omówiono obszernie działanie poszczególnych kąpieli i wskazania do nich. Jako drugi czynnik leczniczy Truskawca wyliczono wody mineralne służące do picia. Dzielą się one na solanki gorzko-glauberskо-ziemne, i na wody hipotoniczne, szczawy, alkaliczno-ziemne. Rozpatrzono znaczenie i stosowanie wód ze szczególnem uwzględnieniem „Naftusi". Z pomocniczych środków leczniczych wymieniono inhalacje solankowe suche i wilgotne, wydawane we wziewalni zakładowej. Zaznaczono ścisłe przestrzeganie dietetyki w zdrojowisku i wspomniano o szeregu innych celowych urządzeń. Podkreślono wreszcie korzystne warunki klimatyczne Truskawca, jako miejscowości podgórskiej, występujące tam zarówno w lecie jak i w sezonie zimowym.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 kwietnia 1934 roku.

1. Kol. Mikułowski Wł. wygłosił odczyt p. t.: *„O zastosowaniu w klinice w celach rozpoznawczych wczesnego wywoływania gruźlicy doświadczalnej na śwince morskiej metodą Ninniego"*.

Podczas gdy próba biologiczna na śwince morskiej przez szczepienie materjału podejrzanego o gruźlicę — podskórnie lub śródotrzewnowo daje odpowiedź w 5 do 8 tygodni — metoda Ninniego injekcji śródgruczołowej robi to samo w 10 do 20 dni. Wstrzykiwano 30 płynów mózgowych, 10 wysięków, 5 homogenizowanych plwocin, 5 rop po odwirowaniu do odpreparowanych gruczołów szyjnych świnki obustronnie w dawkach à 0,1 cm³ i ranę zaszywano. Po upływie 10 do 20 dni wyjęte gruczoły zawierały po roztarciu prątki Kocha w przypadkach, gdy chodziło o gruźlicę. W 2 tygodnie po injekcji gruczoły zaczynają być macalne, wielkości grochu i przez to informują same o zakażeniu gruźliczem.

Zgodnie z Ninnim stwierdziliśmy, że gruczoły świnki, mając zdolność niszczenia innych mikrobów, dostarczają prawdziwej hodowli prątków *in vivo* dla zaszczepienia materjału gruźliczego.

Rozprawy: Kol. Moczarski W. przypuszcza, że odczyn Ninniego musi mieć znaczenie i u dorosłych, zwłaszcza w przypadkach przesięków i wysięków i t. p.

Kol. Michalski sądzi, że metoda Ninniego jest technicznie trudna. Mówcy chodzi o wyjaśnienie sprawy, czy metoda biologiczna jest pewna, dlatego że dotychczas największą wagę przypisuje się badaniu bakterjologicznemu. Kol. Mikułowski stosuje jako minimalną dawkę 0,001 mg czyli 40.000 prątków. Petroff podaje jako odpowiednią dawkę do zakażenia 44 tysiące prątków to jest akurat tyle, ile kol. Mikułowski używa jako dawki minimalnej. Po takiej dawce 5% świnek nie zachorowało. Po dawce 4.400 prątków zostało niezakażonych 30% świnek, a po dawce 440 prątków — 41%. Calmette zadawał sobie pytanie, czy można zakazić świnkę jednym prątkiem. Okazało się, że nie. Z klinicznego punktu widzenia ważnem jest, czy możemy być pewni, że nie mamy do czynienia z gruźlicą, jeśli świnka nie padła po wstrzyknięciu materjału podejrzanego o gruźlicę. Próba biologiczna ma znaczenie też tylko do pewnego stopnia. Mówca jest gorącym zwolennikiem metody Leowensteina. W Towarzystwie tutejszem podkreślono już przykry fakt, że to, co wychodzi z instytutu Pasteura, uważane jest za dobre, wszystko inne zaś — za złe. W Biuletynie Pasteurowskim podany jest przypadek, w którym z punktu widzenia współczesnej kliniki nie było najmniejszych danych na gruźlicę, a biologicznie otrzymano czystą hodowlę prątka gruźliczego.

Kol. Mikułowski Wł. stwierdza, że podczas pracy swej w Instytucie Pasteura słyszał uznanie dla pożywki Loewensteina. Sam Calmette uważał ją za najlepszą z dotychczas znanych pożywek. Oczywiście, nie należy czekać, aż makroskopowo dostrzeże się posiew na tej pożywce, lecz trzeba badać t. zw. mikrokulturę. Już po 80 dniach, chociaż jeszcze nic nie widać, należy z pożywki zeskrobać powierzchowną warstwę i oglądać pod mikroskopem. W hodowlach z wydzielin z nosa dzieci zupełnie zdrowych znajdowano prątki Kocha. W przypadkach, w których nawet nie przypuszczano gruźlicy, wyrastały prątki na pożywce Loewensteina. Jak to tłumaczyć — przyszłość pokaże.

2. Kol. Chodkowski K. wygłosił odczyt p. t.: *„Wpływ dużych dawek witamin na rozwój i przebieg gruźlicy płuc u królików"*.

Badania przeprowadzono na królikach szczepionych BCG (17) i nieszczepionych (21), które zakażano dwukrotnie. Witaminy podawano w postaci zespołu witaminowo-solnego (biocalcol Klawe) i zespołu witaminowego (radiomalt British Drug Houses).

Duże dawki zespołu witaminowo-solnego i witaminowego wpłynęły niewątpliwie dodatnio na zachowanie się stanu ogólnego, wagi i długości życia oraz zahamowały rozwój gruźlicy u królików, szczepionych BCG i zakażonych szczepem zjadliwym prątka gruźliczego. U niektórych królików gruźlica nie rozwinęła się wcale. U innych zmiany w płucach były nieznaczne, przebiegały bez większego rozpadu i miały dużą skłonność do gojenia się (włóknienie, otarbianie, zawapnianie). Zakażenie nie uogólniało się na inne narządy.

U królików nieszczepionych podobny równomierny wpływ wywarł tylko zespół witaminowo-solny. Wpływ ten był nieco mniejszy, niż u królików szczepionych, jednak w porównaniu z królikami kontrolnemi nieszczepionemi był bardzo wyraźny. To samo stwierdzono u czterech królików, otrzymujących zespół witaminowy. Natomiast u dwóch królików z niewielkiemi objawami przedawkowania witaminy D wpływ leczniczy był nieduży, u jednego zaś podawanie zespołu witaminowego zostało bez skutku.

Gruźlica płuc u królików nieszczepionych, otrzymujących witaminy, przebiegała z niewielkiem serowaceniem i dużą skłonnością do gojenia się, przeważnie drogą zwapnienia ognisk serowatych. U znacznej większości królików stwierdzono gruźlicę wytwórczą. Gruźlicy wysiękowej nie spostrzegano zupełnie lub bardzo mało rozległą. Tylko u dwóch królików, otrzymujących zespół witaminowy, z objawami przedawkowania, znaleziono rozległe serowacenie i liczne ogniska wysiękowe, jednak zmiany były nagół mniejsze, niż u królików kontrolnych nieszczepionych,

z podobnemi zmianami. Zakażenie u królików, otrzymujących witaminy, uogólniało się na inne narządy znacznie w mniejszym stopniu, niż u królików kontrolnych.

Wpływ podawania dużych dawek zespołu witaminowo-solnego na przebieg i rozwój gruźlicy u królików nieszczepionych był bardziej równomierny, niż wpływ zespołu witaminowego.

Dodatni wpływ podawania witamin na objawy gojenia się gruźlicy wyraził się przedewszystkiem zawapnieniem ognisk serowatych, w mniejszym stopniu włóknieniem i otarbianiem. Zawapnienia spostrzegano tylko u królików, karmionych z dodaniem witamin. Złogi soli wapnia odkładały się prawie wyłącznie w ogniskach zserowaciałych. Wyjątek stanowią tylko nerki niektórych królików, otrzymujących zespół witaminowy. Ziarenka soli wapnia odkładały się w świetle kanalików prostych. Nie wpłynęło to najprawdopodobniej ujemnie na czynność nerek. W płucach zawapnianie było w stosunku prostym do rozległości serowacenia ognisk gruźliczych.

Większych różnic w działaniu zawapniającem obu zespołów nie stwierdzono. Objawów działania szkodliwego podawanych zespołów na ustrój nie spostrzegano. Niewielkie objawy przedawkowania, mimo podawania dużych dawek, wystąpiły tylko u dwóch królików, otrzymujących zespół witaminowy, czemu prawdopodobnie należy przypisać większą rozległość zmian anatomicznych w narządach.

Rozprawy: Kol. M i c h a l s k i Zdz. uważa pracę referenta za cenną. Najciekawszem w pracy jest powstanie prosówki po szczepieniu BCG. Stanowi to dowód możności przeobrażenia drobnoustrojów z jednej grupy w drugą, jak np. pałeczki okrężnicy w tyfus. Przypadek prosówki po szczepionce BCG należałoby opisać oddzielnie i to nietylko w piśmiennictwie polskiem lecz także zagranicznem. Mówcy wydaje się, że szczep BCG może nabrać cech złośliwych. Opisywane są przypadki gruźlicy wskutek zakażenia szczepem BCG, jakkolwiek kończyła się ona pomyślnie.

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wyjaśnienie.

Dr. B l a s s b e r g w ocenie Polskiego Almanachu Uzdrowisk (P. G. L. Nr. 29—30. 1934) czyni mi zarzut, że w artykule „Lecznicze znaczenie wód siarczanych" pominąłem wody siarczane glauberskie, źródło Bonifacego i wody truskawieckie.

Cały mój artykuł odnosi się jedynie do wód zawierających przynajmniej ponad 1 mg wolnego siarkowodoru (Str. 35) i tylko działanie tych wód jest brane pod rozwagę. Nie mogłem więc pisać o działaniu wód innych jak jedynie o wodach zawierających wolny siarkowodór. Na drugim planie były wspomniane wody siarczane — słone — wapienne — alkaliczne glauberskie naturalnie, o ile odpowiadały warunkom wód siarczanych w tym artykule wymaganym t. j. tylko z równoczesną zawartością wolnego siarkowodoru.

Dr. Władysław Podsoński
Lekarz Zdrojowy i Zakładowy w Lubieniu Wielkim.

Komunikaty.

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. Zn. 25/12/1.
Warszawa, dnia 20 czerwca 1934 r.

Podręcznik „Higjena" Prof. Karaffy - Korbutta.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Wyszło z druku nakładem księgarni Józefa Zawadzkiego w Wilnie nowe wydanie „Higjeny" Prof. Karaffy - Korbutta, obejmujące działy z dziedziny statystyki sanitarnej, odżywiania, regulacji ciepła w ustroju, mieszkań i osiedli, pracy i zawodu, walki z chorobami zakaźnemi, higjeny społecznej oraz administracji sanitarnej.

Ze względu na bogatą treść z dziedziny zdrowia publicznego oraz ujęcie tych kwestyj w świetle najnowszych badań i poglądów — Ministerstwo Opieki Społecznej zaleca nabycie wspomnianego podręcznika (skład główny: Wilno ul. Zamkowa 22, J. Zawadzki) funkcjonarjuszom sanitarnym, zatrudnionym w Państwowej i Samorządowej Służbie Zdrowia.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Wacław K o z ł o w s k i z Opoczna, zmarł w wieku 58 lat.

Dr. Kazimierz K r ó l i c k i z Warszawy, zmarł tragicznie jako ofiara powodzi w Małopolsce Zachodniej.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W dniach od 8 do 10 września b. r. odbędzie się w miejscowości Bled w Jugosławji I. j u g o s ł o w i a ń s k i k o n g r e s p e d j a t r ó w. Główne tematy obrad będą następujące: 1. Chorobowość i umieralność dzieci w Jugosławji — referenci Prof. M. Ambrožić (Beograd) i prymarjusz Ž. Švarc (Zagreb). 2. Krzywica w naszym kraju. Ref.: Doc. B. Dragišić (Zagreb) i Dr. M. Sarwan (Beograd). 3. Wolne tematy. Każdy referat pedjatrów polskich będzie mile widziany. Zgłoszenia na sam zjazd jak i tytuły referatów należy przesyłać pod adresem: *Dr. L. Vulović, Beograd, Kneginje Ljubice I.* Członkowie kongresu będą korzystali z 50% ulg na kolejach i statkach w Jugosławji.

VI. M i ę d z y n a r o d o w y Z j a z d l o g o p e d j i i f o n j a t r j i odbędzie się w Budapeszcie w dniach od 5—7 września 1934 r. Informacje i zgłoszenia w prezydjum Towarzystwa: Wiedeń, IX. Ferstelgasse 6.

VI. k u r s m i ę d z y n a r o d o w y w y ż s z e j k u l t u r y l e k a r s k i e j f u n d a c j i T o m a r k i n a odbędzie się w Meranie w dniach od 9—22 września b. r. Kurs obejmie wykłady z zakresu chorób serca (z wykładowców: Danielopolu, Volhard, Wenckebach, H. Zondek), nauki o odżywianiu, chorób dziecięcych (Levaditi, Loewenstein, W. Park), chorób przewodu pokarmowego (Castellani, Strauss, Thannhauser), medycyny społecznej (Lepine, Morelli, Sanarelli) i szereg tematów wolnych (Fichera, Jagic, Laqueur, Neuberg, Wagner-Jauregg). W programie przewidziane jest zwiedzanie szeregu zakładów leczniczych, rozrywki, pozatem wszelkie zniżki i udogodnienia. Wpisowe: 125 lirów włoskich. Pełne utrzymanie wraz z mieszkaniem od 25 lirów dziennie.

Różne.

Przyrost naturalny Polski pozostał w roku 1933 najwyższym wśród głównych państw europejskich i wynosił 12.3 na 1.000 mieszkańców w stosunku rocznym. W innych państwach: Anglja 2.1, Czechosłowacja 5.5, Francja 0.5, Holandja 12.1, Niemcy 3.5, Portugalja 12.1, Węgry 6.9, Włochy 10.0. W porównaniu do lat poprzednich przyrost naturalny obniżył się w 1933 r. dość znacznie we wszystkich państwach z wyjątkiem Włoch, w których się powiększył, niezmiernie silnie zmniejszył się on w Anglji, Niemczech a przedewszystkiem we Francji, w której w 1933 nie osiągnął nawet połowy przyrostu z 1931. Ostatni kwartał 1933 wykazał już nawet przewagę zgonów nad urodzeniami żywemi. Pierwszy kwartał 1934 wykazuje dalsze wzmożenie przyrostu naturalnego w Polsce, przyczem zawdzięcza się go nietyle zwiększonej ilości urodzin co zmniejszonej wybitnie ilości zgonów. (Wiad. Stat. Nr. 21. 1934).

W miesiącu czerwcu b. r. wykazały silniejsze natężenia na terenie Polski: dur brzuszny (głównie w województwach centralnych), płonica (na terenie całej Polski), błonica (woj. centralne, wschodnie i zachodnie). Natężenie odry w stosunku do maja zmalało. (Wiad. Stat. Nr. 20. 1934).

Ostatni Przegląd Epidemjologiczny Ligi Narodów (Nr. 5—6 1934) daje jak zwykle znakomity przegląd nasilenia chorób zakaźnych całego świata. W rozprawie wstępnej omówione jest — na podstawie danych z szeregu państw, — wzrastające nasilenie krztuśca i odry i znaczenie społeczne tych dwóch chorób, którego to znaczenia — zdaniem autora — tak opinja publiczna, jak też i władze sanitarne nie doceniają, zwracając swe wysiłki jedynie w kierunku walki z błonicą i płonicą. Statystyczne dane za pierwszy kwartał obecnego roku stwierdzają w dalszym ciągu

w Indjach trwałe nasilenie cholery (19.650 zachorowań), dżumy (58.523) i ospy (80.914 — silne wzmożenie się). W Europie cholery nie było, dżuma powtarza się w słabem nasileniu na Azorach, pozatem w marcu stwierdzono 8 przypadków (z czego 3 śmiertelne) we Francji. Ospa utrzymuje się w większem nasileniu w Portugalji (279 przypadków w I kwartale 1934), Wielkiej Brytanji, Hiszpanji. W Polsce stwierdzono jeden przypadek w lutym a drugi w maju. Największe nasilenie chorobowe wykazują z chorób zakaźnych w Polsce dur plamisty (2.146 za I kw. 1934), dur brzuszny i rzekomy (2.240), płonica (3.494), błonica (4.988), odra (12.289), koklusz (2.065). — Umieralność niemowląt w Łodzi w 1933 r. jest trzecią zrzędu najwyższą w miastach europejskich i wynosi 160 na 1.000 żywo urodzonych dzieci. Wyższe liczby wykazuje wśród miast europejskich tylko Bukareszt (177) i Las Palmas (171). Inne miasta polskie wykazują umieralność mniejszą np. Kraków 83, Lwów 88, Warszawa 112. Najniższą umieralność za rok 1933 wykazało Oslo — 27, pozatem miasta holenderskie — przeciętna 35. Współczynnik rozrodczości obniżył się wprawdzie w Polsce (1931 — 30.2, 1932 — 28.7, 1933 — 26.5), pozostaje jednak w dalszym ciągu jednym z najwyższych w Europie.

Zapowiadają pojawienie się w Nicei nowego pisma *„Cosmobiologie"* wydawanego przez sfery naukowe lekarskie Nicei i poświęconego studjom wpływów, jakie na życie na ziemi wywierają siły wszechświata, promieniowania słoneczne, ziemne i kosmiczne.

W Paryżu nastąpiło uroczyste odsłonięcie płaskorzeźby ku czci Emila Roux, wmurowanej w ścianę szpitala dziecięcego, w którym w roku 1895 po raz pierwszy przeprowadził on próby kliniczne z świeżo wykrytą surowicą przeciwbłoniczą.

Państwowe Koleje Francuskie jakoteż i Tow. Kolei Północnych we Francji uruchomiło po jednym pociągu rentgenowskim, głównie dla ułatwienia akcji przeciwgruźliczej w odległych miejscowościach. Pociąg taki składa się z jednego wozu dla prześwietlań i zdjęć rentgenowskich, jednego wagonu mieszkalnego dla personelu i wagonu-poczekalni dla chorych.

Spożycie mięsa w Niemczech wyniosło w roku 1933 49.4 kg na głowę mieszkańca, a więc więcej jak w roku 1932 (48.9 kg). Spożycie to nie dorównuje jednak jeszcze przedwojennemu.

W południowej i wschodniej części Estonji wybuchła epidemja wścieklizny. 300 osób pokąsanych przez wściekłe psy lub koty, skierowano do Instytutu Pasteurowskiego w Tartu (Dorpat). Władze wydały rozkaz zabijania wściekłych psów i kotów.

W roku 1933 zmarło w Stanach Zjednoczonych Am. Płn. 3.209 lekarzy (w r. 1932 3.142). Lista ta obejmuje 157 profesorów i 83 kobiet. Główne przyczyny śmierci są następujące: schorzenia narządu krążenia 1.131, udary mózgowe 360, nowotwory 286, płatowe zapalenie płuc 236, wypadki 148 (z tego 75 wypadków samochodowych), 70 samobójstw. W roku akad. 1933/34 wydano w Stanach Zjedn. 4.895 dyplomów lekarskich.

Liga ochrony zdrowia na podstawie ankiety z 65 krajów stwierdziła, że roczne zapotrzebowanie chininy dla zwalczania zimnicy wynosi 1387411 kg, natomiast światowa produkcja chininy wynosi tylko połowę tej ilości. Liga ochrony zdrowia zajmuje się badaniem taniego środka zastępczego pod nazwą „totachina".

Sowiecki przemysł farmaceutyczny wprodukował nowy preparat syntetyczny przeciw zimnicy — „plazmocyt" w ilości około 500 kg. Plazmocyt posiada własność chininy a w połączeniu z „akrichininą" w zupełności zastępuje chininę.

O pracy na polu fizjoterapji elementarnej w Sowietach streszcza swoje spostrzeżenia były gen. sekretarz T-wa Balneologicznego w Berlinie, p. Dr. Max Hirsch w liście do Prof. Korczyńskiego. „Brałem udział — pisze w nim m. in. — w Międzynarodowym Zjeździe Reumatycznym, obradującym w Moskwie, a następnie zwiedziłem Kaukaz, Krym, Odessę, Charków i Kijów. Zjazd, obesłany bardzo dobrze przez wszystkie państwa, przyniósł obfity plon naukowy. Tak w Moskwie, jak w innych miastach, zwłaszcza zaś w zdrojowiskach znać wielki postęp w zakresie prac, związanych z zwalczaniem reumatyzmu, i wogóle na polu medycyny. W związku z moją redaktorską działalnością byłem poinformowany o rozwoju nauki w Sowietach. Ale te wielkie postępy, jakie widziałem, przeszły wszelkie moje oczekiwania...".

„Centralny Instytut Uzdrowiskowy w Moskwie przedstawia się okazale i jest tak urządzony i wyposażony, że można w nim pracować z wielką łatwością w bardzo wielu zakresach. Na osobne podniesienie zasługuje zharmonizowana współpraca tak z teoretycznemi, jak z klinicznemi zakładami naukowemi. Toteż z radością przyjąłem propozycję dyrekcji Instytutu, ażebym wstąpił do grona jego pracowników. Wobec przyjęcia, jakiego tam doznałem, zadomowię się w Moskwie zapewne w bardzo krótkim czasie..." (Przegl. Zdr. Kąp. nr. 4, 1934).

Ossoawiachim (Instytucja analogiczna do naszej L. O. P. P.) (Ref.) wykonuje próby nad przygotowaniem i działaniem sucharów i tabliczek czekolady z dodatkiem Colae. Próby między innemi wykonano u 12 narciarzy w czasie biegu na 10 km, przyczem 7 narciarzy przebyło trasę bez objawów zmęczenia.

Komunikaty.

VII. Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku-Cieplicy odbędzie się w dn. 31. VIII., 1 i 2. IX. r. b. pod protektoratem Pana Wice-ministra Opieki Społecznej D-ra Piestrzyńskiego. Wykłady wygłoszą następujący prelegenci: Prof. Dr. Fr. Czubalski (Warszawa): Zasady wychowania fizycznego i sportu w świetle fizjologji. Prof. Dr. P. Gantkowski (Poznań): Leczenie słońcem i powietrzem (heljo- i aeroterapja) wogóle, a w zdrojowiskach w szczególności. Doc. Dr. Zdz. Gorecki (Warszawa): O leczeniu bodźcowem i wstrząsowem w chorobach wewnętrznych. Prof. Dr. L. Korczyński (Kraków): Zastrzeżenia i zalecenia klimatologii przy wyborze zdrojowisk dla leczenia zachorzeń narządu krążenia. Dr. med. A. Landau (Warszawa): Istota i leczenie schorzeń tarczycy. Doc. Dr. L. Lorentowicz (Warszawa): Zagadnienie bólu w ginekologji. Podstawy anatomiczne i leczenie. Dr. Fr. Łukaszczyk (Warszawa): Stan obecny i zakres leczenia energją promienistą. Prof. Dr. M. Michałowicz (Warszawa): Najnowsze kierunki w pedjatrji z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. Doc. Dr. E. Rejcherówna (Warszawa): O leczniczem znaczeniu ćwiczeń cielesnych w różnych okresach życia. Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz (Wilno): Nowsze poglądy na czynność i leczenie wątroby jako gruczołu dokrewnego wydzielania. Prof. Dr. J. Szmurło (Wilno): Najnowsze metody leczenia t. zw. schorzeń alergicznych górnego odcinka dróg oddechowych z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego. Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku podczas trwania kursu. Projektowane są rozrywki oraz wycieczki poza obręb Ciechocinka. Składka członkowska wynosi zł 20, dla osób towarzyszących po 15 zł. Organizacja kursu spoczywa w rękach Prof. Dr. J. Szmurły, przewodniczącego Komitetu Kursów, Doc. Dr. L. Lorentowicza, zastępcy przewodniczącego Dr. P. Rudzkiego, zastępcy przewodn. i sekretarza generalnego Komitetu.

Dowiadujemy się, że 15 sierpnia r. b. wyjdzie z druku książka dr. Seweryna Sterlinga p. t.: „Gruźlica" (zbiór prac poświęconych zagadnieniom gruźlicy w okresie 1894—1932). Książka ta, objętości około 700 stron druku, zawierająca ogrom cennego materjału teoretycznego, klinicznego i społecznego ma jednocześnie na celu uczczenie pamięci zasłużonego dla nauki polskiej autora. Książka wydana zostaje przy udziale Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, Zarządu m. Łodzi, Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych w Łodzi, Ubezpieczalni Społecznej m. Łodzi i Szpitala im. Poznańskich w Łodzi. Cena książki wyniesie 14 zł.

Redakcja otrzymała:

Dr. med. Samuel Edelman: O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli.

Wiktor Grzywo-Dąbrowski: O wykonywaniu praktyki lekarskiej. Odbitka z „Medycyny", 1934.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.